

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 81

Contribution à l'Étude des Kystes hydatiques calcifiés du foie à propos d'une observation

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Juillet 1937

PAR

Vincent FARINACCI

Né à Sartène (Corse), le 1er Janvier 1908

Examineurs
de la Thèse

RICHE, professeur, *Président*
CARRIEU, professeur
VIDAL, agrégé
P. RIMBAUD, agrégé

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DU PROGRÈS

7, Rue Castel-Moton - Téléphone 51-85

1937

Contribution à l'Étude
des
Kistes hydatiques calcifiés du Foie
à propos d'une Observation



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 81

Contribution à l'Étude des Kystes hydatiques calcifiés du foie à propos d'une observation

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Juillet 1937

PAR

Vincent FARINACCI

Né à Sartène (Corse), le 1er Janvier 1908

Examineurs
de la Thèse

{ RICHE, professeur, *Président*
CARRIEU, professeur
VIDAL, agrégé
P. RIMBAUD, agrégé

{ *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DU PROGRÈS

7, Rue Castel-Moton - Téléphone 51-85

1937

Personnel de la Faculté

PROFESSEURS

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELTT
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	N...
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
	VIRES, assesseur
Clinique médicale	RIMBAUD
	MASSABUAU
Clinique chirurgicale	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Matière médicale (Ch. de c.)	CABANNES
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
Anatomie (Chargé de cours)	LAUX
Histologie (Chargé de cours)	GRANEL

HONORARIAT

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS, FORGUE,
ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Pathologie expérimentale	MM. PAGES
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phthisiologique	N...
Clinique propédeutique médicale	BAUMEL
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	DE WATON

AGREGES EN EXERCICE

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. PAGES
	JANBON
	BAUMEL
	VIDAL
	RIMBAUD
Obstétrique	COLL DE CARRERA
Bactériologie	CARRERE
Ophtalmologie	DÉJEAN

EXAMINATEURS DE LA THESE

RICHE, professeur, *président*
CARRIEU, professeur
VIDAL, agrégé
P. RIMBAUD, agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

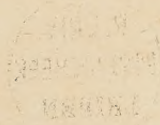


A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A LA MEMOIRE
DE MON PERE ET DE MA MERE

*Trop tôt enlevés à ma pitié filiale.
Qu'ils trouvent ici le bien-faible
témoignage de ma vénération et de
ma très grande et inaltérable affec-
tion.*

A LA MEMOIRE DE MA SCEUR



A MA TANTE FRANÇOISE FARINACCI

Qu'elle veuille bien accepter l'hommage de ce travail en témoignage de toute mon affection, de toute ma tendresse pour toutes les preuves d'abnégation et de sacrifice qu'elle n'a cessé de me prodiguer depuis mon enfance.

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RICHE

Qui nous a suggéré l'idée de ce travail et qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Hommage respectueux de notre profonde gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

Pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de faire partie de notre jury de thèse.

Hommage reconnaissant.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VIDAL

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. RIMBAUD

Dont je ne saurais jamais reconnaître l'accueil bienveillant.

Respectueux hommages.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PLAGNIOL

*Dont je ne saurais jamais oublier
les précieux conseils.*

*Hommage de notre respectueux
attachement et de notre reconnais-
sance.*

A MON AMI GERALD GRECO

A MES AMIS LES DOCTEURS
CARLOTTI, CECCALDI, FILIU ET ORABONA

A TOUS MES AMIS

Je dédie cette thèse.

V. F.

INTRODUCTION

La calcification des kystes hydatiques du foie, éventualité rare et encore assez peu étudiée, a souvent été considérée comme un mode évolutif vers la guérison spontanée par involution cicatricielle. En effet, par suite de la calcification des parois du kyste, ce dernier s'atrophie et ne constitue plus qu'une masse ne contenant plus qu'un mastic jaunâtre où l'on a peine à découvrir les débris de membrane hydatique et quelques crochets caractéristiques. Le kyste est mort et ne constitue plus qu'un simple corps étranger intra-hépatique. Mais il ne faudrait pas croire que la calcification d'un kyste hydatique du foie aboutit toujours à la guérison et l'observation que nous relatons dans ce travail et qu'il nous a été permis d'observer dans le service de clinique chirurgicale de M. le Professeur Riche, démontre bien qu'un kyste hydatique calcifié est loin d'être guéri ; il peut être à l'origine de phénomènes douloureux, de phénomènes infectieux, il peut aussi être la cause de compressions et même se fissurer dans les voies biliaires, par exemple, comme dans le cas de notre malade.

A côté de cette observation princeps, nous relaterons un certain nombre d'autres observations de kystes hydatiques du foie calcifiés, que nous avons trouvées dans la littérature.

Nous essaierons ensuite de faire une sorte de revue générale de cette question si importante par beaucoup de côtés et de tirer de ce travail les conclusions qui s'imposent.

Chapitre Premier

HISTORIQUE

L'étude des kystes hydatiques calcifiés du foie est passée par deux étapes successives :

PREMIÈRE ÉTAPE

Pendant longtemps, la connaissance de tels kystes se borna à de véritables trouvailles nécropsiques et les divers auteurs dont nous allons citer les références ont considéré la calcification comme un phénomène secondaire à la mort du parasite, donc comme une véritable guérison spontanée du kyste.

Nous verrons plus loin que ce point de vue changea du tout au tout, et qu'à l'heure actuelle, kyste hydatique calcifié ne signifie plus kyste hydatique guéri.

Ce fut Laënnec qui, en 1804 pratiquant une nécropsie, décela pour la première fois la présence d'un kyste hydatique calcifié dans le foie d'un sujet qui n'avait présenté, durant sa vie, aucune symptomatologie hépatique. Il en avait conclu que la calcification constituait une évolution favorable amenant spontanément la guérison de la maladie.

Après lui, Jenner, Dupuy (1817), John Baron, Kuhn (1832), Leudet (1855), rapportèrent des faits analogues découverts à la nécropsie, sans que jamais un seul symptôme n'ait attiré l'attention sur la glande hépatique durant la vie des malades.

Plus tard Cruveilhier en 1856 et Davaine en 1877 étudiant cette transformation, essaient de jeter les premières bases de l'étude anatomo-pathologique et pathogénique.

Plus récemment enfin Chauffard et Widal signalent cette transformation calcaire des parois du kyste. Ils désignent ce phénomène sous le nom de « nécrose aseptique » et soulignent que cette évolution n'apparaît qu'après la mort de l'échinocoque.

DEUXIÈME ÉTAPE

Ce n'est qu'à partir de 1920, à la suite d'une communication à l'Académie de Médecine faite par Chauffard en collaboration avec Lejars, Ronneaux et Brodin, que de nouvelles conceptions diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques se firent jour. Ces auteurs eurent le rare mérite de montrer que l'innocuité des kystes hydatiques calcifiés du foie n'était pas absolue, que leur diagnostic pouvait se faire grâce à la radiographie, que le traitement chirurgical était nécessaire et seul capable d'agir efficacement sur eux. Ainsi l'étude des kystes hydatiques calcifiés du foie sortait du domaine exclusif de l'ana-

tomie pathologique et prenait une place active en clinique et en thérapeutique.

Ce dernier point de vue n'était d'ailleurs pas méconnu des auteurs étrangers puisqu'en janvier 1914, au Congrès des Chirurgiens Russes de Moscou, Spijarny, Martynoff et Zérenine exposaient leurs idées sur le traitement chirurgical des kystes hydatiques calcifiés du foie et concluaient que l'extirpation totale constituait le traitement de choix.

Plus tard, en 1923, Randavel, à Alger, publiait huit observations de kystes hydatiques calcifiés. En 1936, parut la très intéressante thèse de Faliu, à Paris, consacrée à cette question et nous avons pu, en parcourant la littérature, nous procurer près d'une trentaine d'observations.

Parmi les cas publiés certains furent de simples découvertes radiologiques, analogues en quelque sorte aux cas découverts autrefois à la nécropsie.

Mais dans de nombreuses circonstances, ce furent des troubles morbides variés qui attirèrent incontestablement l'attention sur le foie. C'est pourquoi nous pensons qu'il est important d'insister sur les manifestations cliniques des kystes hydatiques calcifiés du foie, sur l'interprétation des clichés radiographiques — souvent difficiles à lire — afin de pouvoir intervenir chirurgicalement sur une lésion qui, loin d'être toujours morte, peut être encore évolutive, et cause de nombreuses complications.

Chapitre II

OBSERVATIONS CLINIQUES

Nous avons classé les observations que nous avons pu réunir en deux catégories :

La première comprendra les cas où une symptomatologie variée — tantôt une tumeur hépatique, tantôt des douleurs ou d'autres manifestations cliniques — a attiré l'attention sur le foie. Nous placerons, en tête de ce chapitre, l'observation personnelle qu'il nous a été permis d'observer dans le service de clinique chirurgicale de M. le Professeur Riche.

Dans la deuxième catégorie, nous réunirons les cas où les kystes hydatiques calcifiés du foie, n'ayant entraîné que fort peu de troubles, furent découverts par hasard à l'occasion d'un examen radiologique fortuit.

OBSERVATION I

(Personnelle)

F... André, 43 ans, infirmier, est envoyé dans le service de Chirurgie générale par M. le Professeur Rimbaud, qui le traitait dans son service pour ictère par rétention, accompagné de crises douloureuses sous-hépatiques, provoquées peut-être par un kyste hydatique calcifié ancien qui avait été mis en évidence par une radiographie.

L'histoire de ce malade est la suivante : en 1932, le malade ayant fait une chute dans un escalier entre à l'hôpital. L'examen radiographique du thorax, fait à cette occasion, décèle une fracture pluricostale à droite (arc postérieur des neuvième, dixième, onzième et douzième côtes, ligne axillo-postérieure des huitième et neuvième côtes), et en plus, une image typique de kyste calcifié du volume d'une mandarine située en plein parenchyme hépatique.

Cette image, *véritable découverte radiologique*, paraissait traduire la terminaison d'une évolution kystique, le malade ne se plaignait de rien, le foie était normal, indolore, il n'y avait pas eu d'ictère, ni d'urticaire.

Le malade sort donc du service quelque temps après, guéri de sa fracture et toujours porteur de son kyste latent.

Pendant les trois ans qui suivent, il vague à ses occupations habituelles sans ressentir de malaise.

En décembre 1935, les phénomènes douloureux éclatent avec une grande violence, se reproduisant toujours avec la même modalité évolutive. Ces crises douloureuses paroxysmiques sont suivies d'ictère avec une très légère ascension thermique. Elles durent en général huit ou dix jours, quelquefois moins, trois ou quatre jours seulement. Entre ces

périodes, le malade, qui ne souffre pas, se croit guéri. Ces douleurs qui ont un maximum dorsal, au niveau des dernières vertèbres dorsales, irradient en ceinture de part et d'autre, aboutissant en avant à un point douloureux maximum de siège épigastrique. Ces douleurs affectent le type de torsion, d'étau, de déchirement profond avec quelquefois décharges électriques.

Pendant ces crises, la palpation abdominale révèle une zone épigastrique et vésiculaire hyperesthésique avec contraction des muscles droits à ce niveau.

L'ictère survient rapidement avec le caractère d'ictère total par rétention (matières décolorées, présence de pigments et de sels dans les urines, peau et muqueuse très colorées).

Ces crises très violentes nécessitent plusieurs injections de morphine, la température oscille entre 37 et 38°. Puis, en quelques jours tout rentre dans l'ordre les douleurs s'atténuent, l'ictère pâlit et disparaît, le malade revient à un état de santé parfaite.

EXAMEN DE LABORATOIRE

Radiographie hépatique sans préparation (11 janv. 1936); image arrondie opaque, se projetant dans la partie antéro-supérieure de la masse hépatique. Il paraît s'agir d'une coque kystique partiellement calcifiée. Cette image reproduit exactement celle trouvée en 1932, lors d'une fracture de côtes.

Cholécystographie (22 janvier 1936), Docteur P. Bétoulières. L'examen radiographique ne montre pas d'ombre pouvant être interprétée comme une vésicule opacifiée par le tétraïode.

L'image kystique est située en plein parenchyme hépatique, près de la face antéro-supérieure de la partie moyenne

du lobe droit. Elle se projette au niveau des neuvième et dixième vertèbres dorsales.

Hématologie, 16 janvier 1936:

G. R.	4.600.000
G. B.	7.000
Hémoglobine	80 %
Polynucléaires neutro	65 %
éosino	1 %
baso	0
Grands mononucléaires ...	4 %
Lymphocytes	30 %
Formes anormales	0

Azotémie, le 18 janvier 1936 0,45

Cholestérolémie 2,93

Réaction de Casoni, positive (janvier 1936).

Réaction de Weinberg, négative (février 1936).

Tubage duodéal, 28 février (Docteur Gondard): présence de crochets dans la bile.

Tension au Vaquez: 13-9.

INTERVENTION

Intervention le 27 février 1936.

Opérateur: M. le Professeur Riche.

Assistants: Docteur Truc, chef de clinique; Vergues, interne.

Anesthésie rachidienne à la scurocaïne (20 centigrammes).

Incision de Mayo Robson. On luxe vers le bas la face antéro-supérieure du foie et l'on aperçoit à droite du ligament suspenseur, la masse tumorale sous forme d'une surface blanchâtre (surface d'un écu de 5 francs), à la convexité du foie.

La vésicule biliaire est longue, sinucuse, sans adhérences.

Les voies biliaires sont explorées et trouvées normales.

Le ligament suspenseur, sectionné entre deux pinces, servira de tracteur. Résection d'un volet costal pour avoir plus de jour sur la convexité hépatique. Ouverture au thermocautère du kyste en son point culminant. Issue de bile verdâtre (20 à 30 cm³) et de vésicules flêtries avec membranes. Aspiration à la seringue complétée par le vidage de la poche à la curette. La poche vide, limitée par une coque calcifiée, qui crie sous la curette, est du volume d'une orange.

Lavage de la poche à l'alcool à 90°. Mise en place d'un gros drain dans la poche. Fermeture de celle-ci en bourse, autour du drain en catgut. Suture de la paroi.

Suites opératoires: A part un incident pulmonaire (pneumonie gauche typique), rapidement résolu, les suites furent normales.

Une fistule biliaire s'établit qui se tarit peu à peu progressivement. En deux mois et demi, la fistule était complètement fermée.

Après l'intervention, le malade a repris ses fonctions d'infirmier hospitalier. Plusieurs mois ce sont passés sans encombre. Il faut signaler toutefois qu'au début de l'année 1937, il est venu consulter à nouveau, se plaignant de quelques phénomènes douloureux, rappelant, en bien moins intenses, les douleurs antérieures à l'intervention. Il s'agit sans doute de phénomènes relatifs à de la périviscérite, bien explicables après une intervention qui s'était présentée comme très laborieuse.

OBSERVATION II

(André FALIU)

Mme L..., âgée de 59 ans, couturière, entre le 21 juin 1934, à l'Hôpital Laënnec, dans le service du Docteur L. Ramond.

Les signes qui motivent son admission consistent en un ictère survenu le 15 février 1934, sans température, sans phénomènes gastro-intestinaux, et un amaigrissement progressif de 8 kilogs en quatre mois.

L'ictère, en effet, est léger, les muqueuses conjonctivales et buccales sont ictériques, mais la peau est à peine foncée par une coloration un peu bistre.

Cet ictère s'accompagne de décoloration des matières et d'un aspect rouge des urines qui renferment des pigments et des sels.

Par ailleurs la rétention des sels biliaires, si elle ne détermine pas de bradycardie, est la cause d'un prurit intense.

Les signes fonctionnels sont minimes: à peine la malade se plaint-elle d'une sensation de malaise général et d'une anorexie légère.

Les résultats de l'examen physique se résument en une hépatomégalie avec tuméfaction pré-hépatique. Les dimensions du foie sont augmentées:

- dans le sens vertical, où la mensuration sur la ligne mamelonnaire donne le chiffre de 15 centimètres;
- dans le sens transversal, car le rebord costal est déjeté en dehors et les espaces intercostaux sont plus élargis qu'à gauche;
- dans le sens antéro-postérieur, comme le palper bi-manuel, permet de le constater.

Le bord inférieur de l'organe n'est pas tranchant. La surface qui déborde le rebord costal de 8 centimètres présente

au niveau du lobe droit une masse arrondie aux limites imprécises, de la dimension d'une orange environ, douloureuse et ferme au palper, mate à la percussion.

Par ailleurs le foie est lisse, régulier, de consistance normale et indolore.

On ne constate ni ascite, ni splénomégalie, ni circulation collatérale, ni varicosités thoraciques.

Le cœur et les poumons sont normaux, la tension artérielle est de 16-10. Il n'existe pas de troubles nerveux, à part un léger tremblement des doigts.

L'étude des antécédents ne révèle rien de notable, tant au point de vue héréditaire qu'au point de vue personnel.

Les réactions de B. W. et de Hecht sont négatives.

L'azotémie est un peu augmentée, son taux atteignant 0 gr. 56.

Une numération globulaire donne les chiffres suivants:

Globules rouges	3.885.000
Globules blancs	6.000
Hémoglobine	70 %

Forme leucocytaire:

Polynucléaires	50
Lymphocytes	13
Mononucléaires	26
Eosinophiles	8
Poly-basophiles	1
Formes de transition	2

Il existe par conséquent une forte éosinophilie à 8 % en même temps qu'un certain degré d'anémie.

La mise en observation de la malade permet de noter deux faits importants:

— Tout d'abord, la variabilité de l'ictère. Certains jours, les téguments se décolorent, les urines étaient moins foncées les matières prenaient un aspect brunâtre.

— Puis, la modification de l'aspect du foie: Vers la fin du mois de juin, la masse antérieure ne fut plus perçue et le foie parut brusquement avoir augmenté de volume (18 cm, sur la ligne mamelonnaire),

Mais en fait ce fut la radiographie qui apporta les renseignements les plus curieux.

On constata, sur tous les clichés pris de face, l'existence d'une ombre, descendant de haut en bas et de dehors en dedans, tout d'abord sous forme d'un trait net, mais un peu irrégulier, à partir du bord inférieur de la dixième côte droite, près de sa courbure externe, coupant un peu obliquement la onzième côte, puis s'étalant à hauteur du dernier espace intercostal droit en une sorte de calotte hémisphérique qui passe devant la douzième côte, pour gagner, enfin, en dedans, l'extrémité de la costoïde droite de L¹. Le bord inférieur de cette calotte est, en effet, nettement curviligne, à concavité supéro-interne, régulier, répondant à un rayon d'environ 5 cm. et atteignant la hauteur de l'interligne, L¹L². Le bord supérieur, plus irrégulier, est à peu près horizontal, répondant à 3 cm. 5 du sommet et large de 7 cm. La partie supéro-externe est plus foncée, irrégulière, parsemée de quelques petites taches.

Par ailleurs, la coupole hépato-diaphragmatique était nettement surélevée.

Devant cette image on souleva l'hypothèse d'un kyste hydatique calcifié, sans s'attacher cependant à ce diagnostic, craignant plutôt une néoplasie hépatique devant ces modifications rapides du foie et le déclin rapide de l'état général de la malade.

Cependant une intervention chirurgicale exploratrice fut décidée et confiée au Professeur Proust le 17 juillet 1934.

On découvrit un kyste hydatique sous-diaphragmatique de la dimension d'une tête d'adulte. Le foie avait basculé. Les parois du kyste apparaissaient lisses, épaisses, blanchâtres et crétacées par place. La ponction du kyste retira un liquide purulent, contenant des vésicules plus ou moins flêtries. On formula la poche. Marsupialisation et drainage avec un drain en T d'où s'écoula de la bile pendant une huitaine de jours. Malgré l'intervention, la malade, dont l'état général continua à décliner, *décéda* quinze jours après l'opération.

OBSERVATION III

(André FALIU)

La malade, âgée de 30 ans, entre dans le service du Professeur Cunéo, à l'Hôtel-Dieu, le 17 mars 1933, pour des douleurs dans l'hypochondre droit.

Ces douleurs ont débuté à l'occasion de sa première grossesse à l'âge de 20 ans. Douleurs à type de colique hépatique caractérisées par des crises courtes de 1 h. à 2 h. mais particulièrement intenses survenant le plus souvent 5 à 6 h. après l'ingestion d'aliments. Douleurs atrocement vives au niveau de l'hypochondre droit, irradiant vers la pointe de l'omoplate, vers l'épaule droite et vers l'extrémité du membre supérieur.

Ces crises s'accompagnent de nausées, de vomissements, jamais d'ictère.

Entre les crises persiste fréquemment un point douloureux dans la région vésiculaire et dans le dos, avec un état nauséux. Les crises les plus violentes remontent à trois ans environ.

L'examen physique montre:

— Un foie de volume normal tant à la percussion qu'à la palpation.

— La vésicule semble perceptible et sa palpation est très douloureuse. On trouve également un point douloureux vif au niveau de la région pancréatico-cholédocienne.

Selles normales d'aspect.

Dans les antécédents de cette malade, à part deux grossesses et une crise de sciatique, on ne trouve aucun passé pathologique.

L'examen de la crase sanguine montre:

Un temps de saignement de 1'30.

Un temps de coagulation de 19', donc prolongé;

Urée sanguine à 0 gr. 23.

L'examen radiologique fait découvrir sur les clichés pris de face et de profil l'existence d'une ombre circulaire, bien ronde, de 4 centimètres de diamètre, à contour net, cerclée de noir; l'ombre centrale est très intense, mais de teinte irrégulière et parcourue de travées.

Sur le cliché de face l'ombre est située à l'extrémité de la douzième côte droite.

Sur le cliché de profil, à hauteur du corps de la deuxième vertèbre lombaire.

Le diagnostic posé fut celui de cholécystite calculieuse. La malade fut opérée le 25 mars 1933 par M. le Docteur Sénèque.

L'opérateur eut alors la surprise de découvrir de part et d'autre du ligament falciforme plusieurs petits kystes hydatiques légèrement calcifiés que l'on pouvait en réalité soupçonner à la radiographie par l'existence de quelques taches sombres anormales. Ces kystes étaient groupés: 4 à 5 au niveau du lobe droit où se trouvait le kyste le plus volumineux visible à la radio; 3 à 4 sur le lobe gauche. On pratiqua une double hépatectomie cunéiforme. Celle du lobe droit: au bistouri électrique; celle du lobe gauche: au bistouri ordinaire. Fermeture des deux brèches par des points en U rapprochant les lèvres avec drainage de chacune d'elles. Les suites opératoires furent *favorables*.

OBSERVATION IV

(MM. PINARD, CH. DEBRAY et A. CORCOS)

Mme D... (Eugénie), âgée de 65 ans, est hospitalisée le 5 mars 1934, pour dyspnée d'effort et douleurs de l'hypochondre droit.

C'est en 1924, à 55 ans, qu'elle commence à se plaindre de troubles divers: douleurs épigastriques et de l'hypochondre droit, avec sensation d'acidité, irradiations dorsales basses, surviennent dès la fin des repas; il n'y a plus de période de calme. Deux examens radiologiques dont l'un en 1928, n'ont révélé aucune lésion gastrique.

C'est l'aggravation et la persistance de ces douleurs, l'apparition d'amaigrissement, de fatigue, de dyspnée d'effort et de décubitus, enfin de précordialgies, qui ont amené cette malade à demander l'hospitalisation.

A l'examen on constatait l'existence d'un très gros foie débordant largement le rebord costal, dur, très sensible au palper, peu mobile avec les mouvements respiratoires.

Sur ce gros foie, une tumeur: volumineuse bosselure des dimensions d'une mandarine, très dure, accolée à la surface inférieure du foie.

Cette tumeur sur gros foie faisait aussitôt penser à un kyste hydatique; le volume trop considérable de la tumeur, l'absence d'antécédents vésiculaires faisait écarter l'hypothèse d'une grosse vésicule, et la radiographie révélait deux masses calcifiées.

L'une correspondant à la tumeur perçue par le palper, bien visible de face et arrondie (5 à 6 cm. de diamètre), condensée et plus sombre sur le film de profil, était formée de calcifications irrégulières par leur forme et leur disposition; elle siégeait à la surface du foie, mais nettement au-dessus du bord inférieur; elle était dure, intra-hépatique et non vésiculaire.

L'autre masse, de dimensions et d'aspect identiques, était située en plein parenchyme immédiatement au-dessous de la partie droite au centre phrénique.

D'autre part les déformations hépatiques étaient manifestes: outre la saillie du bord inférieur du foie perçue cliniquement, on notait un refoulement de la partie antérieure et droite du centre phrénique qui était largement repoussée vers le haut au niveau des calcifications supérieures.

Bref, foie volumineux et déformé avec deux grosses images calcifiées, intra-glandulaire, dont l'inférieure se présente comme une tumeur sur gros foie.

Par ailleurs l'examen était négatif: rate non augmentée de volume, pas de signe d'hypertension portale, pas de signes nets d'insuffisance hépatique.

Système nerveux et poumons normaux; température autour de 37°5.

Radiologie: estomac normal.

Vésicule biliaire après ingestion de tétraïode: non injectée.

Transit intestinal normal.

Pas de sang dans les selles (réactions de Meyer et de Weber négatives).

Ni sucre ni albumine dans les urines.

Globules rouges	3.820.000
Hémoglobine	70
Globules blancs	7.000
Poly. neutrophiles	51
Eosinophile	0
Basophiles	2
Grand mono	7
Moyens mono	21
Lymphocytes	19

Urée sanguine à 0 gr. 22.

Sérologie sanguine: B. W. négatif, Hecht et Kahn partiellement positifs.

Antécédents: Son premier mari souffrait de céphalées fréquentes. Elle a eu de son premier mariage une fille morte

à dix-sept mois. Jamais de fausses couches. Jamais aucun anamnétique de syphilis.

En résumé, il s'agissait d'un gros foie irrégulier avec deux images calcifiées intra-parenchymateuses.

Cette tumeur sur gros foie avait fait penser avant tout au kyste hydatique, mais il n'y avait aucun signe d'hydatisme: pas d'éosinophilie sanguine, intradermo-réaction de Casoni négative.

La réaction de Weinberg, si discutée, ne fut pas pratiquée à ce moment. Enfin cette malade n'avait jamais été en contact avec des chiens.

On demande à M. le Professeur Lenormant son avis sur la malade et s'il veut la débarrasser de sa tumeur inférieure.

Le 22 octobre, intervention par M. le Professeur Lenormant.

Anesthésie à l'éther. Incision transversale sous-costale droite avec une section du muscle grand droit. Cavité péritonéale libre. Foie grisâtre.

La tumeur, grosse comme une tête de fœtus fait corps avec la face inférieure du lobe carré. Elle est indépendante de la vésicule que l'on voit plus à droite.

Elle est recouverte en avant par des adhérences épiploïques que l'on détache après ligature. On libère ainsi peu à peu le pôle inférieur de la tumeur qui est calcifiée en avant, molle et fluctuante en arrière.

On détache alors la tumeur du foie avec le bistouri électrique; la section du très large pédicule passe en partie dans la tumeur qui est ouverte.

Elle renforme un magma caséux jaune verdâtre. Hémostase du foie par électro-coagulation. Mèche sous-hépatique. Suture du reste de l'incision au calgut et aux crins.

Macroscopiquement: Tumeur de la taille d'un gros poing, à paroi dure, calcifiée surtout en deux endroits où elle est comme enchassée de deux disques de 4 à 5 cm. de diamètre, épais de plus de 1 cm., durs comme de la pierre. Elle contient un magma caséux brunâtre dans lequel on ne peut mettre en évidence de crochets d'hydatides.

Microscopiquement (MM. Huguenin et H. Galliard): Il s'agit d'un kyste hydatique multiloculaire (non alvéolaire), très ancien, ayant probablement suppuré.

On ne trouve aucune vésicule, et la coupe montre qu'il n'en reste que la membrane adventice, la membrane cuticulaire ayant disparu.

Le 14 novembre, la malade revient dans le service. Elle est mise à l'hépatrol.

La température oscille comme avant l'intervention entre 37°5 et 37°9, mais son état général est très amélioré: son poids a augmenté de 2 kilogs depuis l'intervention et elle s'est recolorée.

Formule sanguine, le 15 décembre:

Globules rouges	3.680.000
Globules blancs	7.000
Polynucléaires neutrophiles . .	52
Eosinophile	1
Grands mononucléaires	9
Moyens mononucléaires	19
Lymphocytes	8
Basophiles	1

Une nouvelle intradermo-réaction de Casoni est restée négative, mais la séro-réaction de Weinberg s'est montrée fortement positive.

La malade sort le 31 décembre *avec un bon état général*, mais la température persiste aux environs de 37°5,

OBSERVATION V

(MM. M. LABBÉ, R. BOULIN et GILBERT-DREYFUS)

Mme B..., 60 ans, vient consulter au mois d'avril 1933, pour des troubles digestifs apparus il y a deux ans environ et qui se sont considérablement aggravés depuis huit mois.

C'est une pesanteur épigastrique post-prandiale, avec sensation d'étouffement, souvent terminée par un vomissement alimentaire; ce sont plus rarement des douleurs véritables, d'horaire variable, siégeant dans la région ombilicale et l'hypochondre droit, ne s'accompagnant pas d'irradiations. En même temps, l'appétit a diminué, la malade a perdu ses forces et surtout elle a maigri de 9 kilogs.

Elle est adressée avec le diagnostic de cancer gastropylorique probable, à vérifier radiologiquement.

Les radiographies, outre un allongement vertical et une hypotonie de l'estomac, montrent l'existence d'une ombre ovalaire à grand axe vertical, occupant les quatre derniers espaces intercostaux à droite. Les bords, plus opaques qu'elle sa surface, sont d'un dessin parfaitement régulier; ils affleurent, sur le cliché de face, le bord externe du thorax en dehors, le bord externe de la colonne vertébrale en dedans. A l'intérieur de la pénombre tumorale, on distingue de petites images sombres, d'un contour plus ou moins circulaire.

Il n'en faut pas moins pour affirmer l'existence d'un kyste hydatique calcifié du foie. Par le palper abdominal, on perçoit d'ailleurs une masse qui paraît faire corps avec le foie; elle dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt sur la ligne mamelonnaire et se prolonge dans l'épigastre jusque sur la ligne médiane. La rate est percutable sur deux travers de doigt, le ventre est souple, indolent; il n'existe ni ascite, ni circulation collatérale. L'examen du cœur, des poumons, du système nerveux est normal.

Chez cette malade, deux points sont particulièrement intéressants :

1° Ce kyste hydatique est vraisemblablement très ancien. La sœur de la malade a été opérée d'un kyste hydatique du foie il y a plus de quatre ans; et toutes deux possédaient un chien qu'elles admettaient à leur table et qui venait souvent « lécher » les assiettes.

Cependant, jusqu'en 1931, l'affection est demeurée absolument latente, puis s'est révélée par des troubles digestifs banaux, à l'exclusion de tout signe d'hydatisme (prurit et urticaire en particulier). Le diagnostic a été, pourrait-on dire, une surprise de radiologie.

2° Du point de vue biologique, la séro-réaction de Weinberg et l'intradermo-réaction de Casoni se sont toutes deux montrées négatives. Aucun signe d'insuffisance hépatique (ni subictère, ni hémorragie, ni troubles de la crasse sanguine, ni urobilinurie), n'a été relevé. Seule la formule leucocytaire, en révélant une éosinophilie de 7 pour cent, pouvait mettre sur la voie du diagnostic.

La malade a accepté l'intervention chirurgicale. L'opération a été confiée à M. Oberlin qui a extirpé un kyste calcifié de la taille d'un gros œuf d'autruche, inclus entre le lobe hépatique et la vésicule biliaire. Le foie, repoussé en masse vers la droite, n'était pas hypertrophié et semblait d'une consistance normale, nullement cirrhotique.

Le kyste affleurait sa corticalité et fut extirpé à la façon d'un corps étranger sans que l'on fut obligé d'inciser le parenchyme.

La pièce opératoire montre un kyste de consistance ferme et de forme régulièrement ovulaire. Son grand diamètre mesure 12 centimètres, et son diamètre horizontal, 8 cm. et demi.

OBSERVATION VI

(CHAUFFARD, LEJARS, RONNEAUX et BRODIN, *résumé*)

Il s'agit d'une malade de 51 ans, sans antécédents hydatiques, chez qui, à la suite d'une grippe, était apparue une douleur hépatique persistante avec amaigrissement rapide.

Trois mois après le début de ces signes, on trouvait un gros foie volumineux, s'accompagnant de fièvre avec 38°, et de polynucléose qui avait suggéré le diagnostic d'abcès du foie.

C'est seulement l'examen radiologique qui devait éveiller l'idée d'un kyste hydatique, en montrant en plein parenchyme du lobe droit, une masse opaque, à contour à peu près ovoïde d'un diamètre de 3 cm. et demi environ.

D'autre part, les accidents douloureux et fébriles étant apparus au cours d'une attaque de grippe, il parut légitime d'admettre l'existence d'une réaction infectieuse périkystique, d'une périkyстите par infection secondaire d'origine grippale.

On fit, alors, un repérage exact du kyste par les procédés employés pour la localisation des projectiles.

Opérée par Lejars, l'énucléation du kyste fut facile, la calcification ne portant que sur l'hydatide et nullement sur la zone fibreuse périkystique. Autour du kyste, on nota une induration diffuse assez étendue du tissu hépatique du voisinage, sans suppuration: hépatite périkystique.

Cette observation nous montre donc le cas du kyste calcifié, momifié, véritablement mort, ayant subi l'involution cicatricielle, et dans la zone périkystique duquel s'est localisée une infection secondaire tardive, « soit par réveil, d'un microbisme latent local, comme la chirurgie de guerre en a montré des exemples autour de projectiles enkystés et longtemps tolérés, soit par apport de microbes, à l'occasion d'un état septicémique intercurrent ».

OBSERVATION VII

(MIGNON)

S..., blessé en mars 1917, opéré d'une plaie contuse du thorax, sans accident pleuro-pulmonaire, par éclat d'obus. On constate aux rayons X la présence d'un petit projectile non extrait bien toléré dans la région hépatique.

Le 10 avril, une radioscopie montre l'existence d'une ombre opaque du volume d'une petite noix, mobile, avec les mouvements respiratoires, se projetant au milieu de l'ombre hépatique du lobe droit à sa partie antérieure, repérée à 43 millimètres de profondeur.

Peu à peu, la douleur attire l'attention du malade qui réclame l'intervention sept mois plus tard.

Opéré en octobre, on découvre un corps étranger en plein tissu hépatique, dur, irrégulièrement arrondi, adhérent au tissu hépatique.

Au lieu de l'éclat d'obus, il s'agit d'un kyste hydatique de la taille d'un œuf de pigeon à la surface extérieure mamelonnée, blanchâtre, d'aspect crayeux, calcifié en certains endroits, friable en d'autres, et, à la coupe, creux, tapissé de débris mal définis, sans trace de projectile métallique.

OBSERVATION VIII

(DÉTRÉ)

Une femme d'une cinquantaine d'années, sans antécédents lithiasiques, accuse une douleur dans l'hypocondre droit, irradiée à l'épaule. On découvre sous le rebord costal une petite tumeur, prise pour la vésicule.

La radiographie montra, sans préparation, l'existence d'une ombre qui fut interprétée comme étant un kyste hydatique calcifié. Le diagnostic radiologique se basait, en particulier, sur le contour plus foncé de l'ombre qui éveillait l'idée de coque et sur son aspect partiellement mamelonné.

Quinze jours plus tard, l'opération confirmait le diagnostic: coque calcaire assez résistante, adhérent au tissu hépatique par sa partie supérieure. A l'intérieur, membrane déliquescente.

OBSERVATION IX

(MM. COSTANTINI, CURTILLET et LIARAS)

Européen de 46 ans, hospitalisé pour être opéré de deux kystes calcifiés du foie dont l'existence a été révélée par la radiographie.

Ceux-ci semblent évoluer depuis au moins cinq ans, époque depuis laquelle le malade accuse une gêne douloureuse de l'hypocondre droit accompagnée, au cours de la dernière année d'évolution, de deux crises de colique hépatique.

Le 15 janvier 1935, sous anesthésie locale, une incision thoracique postérieure verticale est tracée, permettant une résection segmentaire de la dixième côte, celle-ci ajoutée à une résection faite à Bône des onzième et douzième côtes, donne une large voie d'accès. En profondeur, à la partie supérieure de la brèche, le poumon est adhérent; à la partie inférieure apparaît le kyste qu'on ouvre largement. On évacue à la curette son contenu pâteux, grisâtre. La paroi kystique indurée et calcifiée en damier est inextirpable. On se borne à une marsupialisation.

Dans les suites opératoires, doit être notée, d'abord, une abondante cholerragie par la brèche de marsupialisation.

Vers le douzième jour après l'opération, la membrane kystique commence à se ratatiner et à se libérer du parenchyme hépatique. Cet isolement est réalisé complètement

au dix-huitième jour, date à laquelle la membrane est très simplement extraite avec une pince.

Deux mois après l'opération, l'état de la plaie est très satisfaisant, la cholerragie a bien diminué; on intervient sur le kyste antérieur.

Sous anesthésie générale et par incision sous-chondrale, on découvre la saillie du deuxième kyste en dehors de la vésicule biliaire. Une ponction ne permet pas d'aspirer son contenu pâteux qu'on évacue par incision large. Devant l'impossibilité d'extirpation de la membrane mère, on marsupialise la poche.

Les suites opératoires sont excellentes. Pas de cholerragie. Aux quatorzième, quinzième, seizième jours, on extirpe à la pince de petits fragments de membrane mère qui vient très facilement intacte au dix-neuvième jour.

OBSERVATION X

(MAZZINI, résumé)

Argentine de 44 ans, présentant depuis trois ans, des crises douloureuses de l'hypochondre droit, sans fièvre ni ictère, mais avec amaigrissement de 10 kilogs en un an. Depuis deux mois, sensation de pesanteur dans l'hypochondre droit avec douleur à la partie postérieure du thorax irradiant à l'épaule droite.

A l'examen, par la palpation profonde, on ressent, débordant le rebord costal droit, une tumeur de la taille d'une orange, dure, lisse, indolore, dont on perçoit le pôle inférieur à la hauteur de la ligne ombilicale transverse. Tumeur irréductible, mobile dans les mouvements respiratoires. Le foie n'est pas augmenté de volume et sa matité se continue sans ligne de démarcation avec la matité de la tumeur. Pas de signe de Murphy, ni de douleur au point cystique.

La radiographie montre une ombre très nette d'un kyste hydatique calcifié et, un peu en dedans, la vésicule avec un calcul.

L'intervention est faite le 4 novembre 1932.

On reconnaît la vésicule biliaire et en dehors d'elle, une tumeur de la taille d'une orange, blanche, de consistance variable, suivant les parties, molle et dure.

On sectionne une adhérence de l'épiploon à la partie inférieure de la tumeur.

Le kyste est situé au niveau du bord antérieur du lobe droit, à sa superficie.

On incise la membrane périkystique à sa limite d'implantation avec le foie et on sépare le kyste du tissu hépatique en respectant celui-ci le plus possible.

En même temps, cholecystectomie rétrograde.

Hépatorrhaphie de la brèche hépatique.

Drainage. Fermeture en trois plans.

OBSERVATION XI

(DELFOR DEL VALLE, *résumé*)

Il s'agit d'une malade ayant des antécédents de coliques hépatiques, chez laquelle on posa le diagnostic de kyste calcifié du foie.

Cliniquement, on trouva l'existence d'une tumeur siégeant un peu à droite de la ligne médiane, dans l'hypochondre droit, suivant les mouvements respiratoires, indolore.

A l'examen radiologique, surtout, on aperçut une tumeur, arrondie, légèrement transparente aux rayons X, à bords nets, située au devant de la colonne vertébrale, dans le lobe gauche, au bord antérieur, et à la face interne du foie, distincte de la vésicule biliaire, bien visible.

A l'intervention chirurgicale, on découvre une tumeur kystique, de la grosseur d'une orange, d'apparence dure,

ligneuse, blanchâtre, implantée superficiellement, avec adhérences à l'épiploon.

On pratique l'énucléation-résection du kyste. La vésicule biliaire présente une teinte opaline; ses parois sont épaisses, œdémateuses; l'évacuation ne se fait que sous forte pression. Pas de calculs. On fait une cholécystectomie rétrograde.

L'examen des pièces précise qu'il s'agit bien d'un kyste hydatique calcifié et d'une vésicule lithiasique.

OBSERVATION XII

(GAVAZZENI, *résumé*)

Homme adulte, présentant une hypertrophie notable du foie. Les réactions biologiques du kyste hydatique sont positives. L'examen radiographique montre une masse soulevant la coupole diaphragmatique droite, dont le bord inférieur est mal délimité de la masse hépatique, mais dont le contour supérieur est absolument net, faisant présumer une calcification de ce bord. L'ombre centrale est inégale, irrégulière.

OBSERVATION XIII

(Ibid., *résumé*)

Homme de 38 ans, présentant une tuméfaction de l'hypocondre droit, rejetant en dehors le rebord costal, gagnant en bas la hauteur de la ligne ombilicale, s'accompagnant d'une légère circulation collatérale,

Cette tuméfaction, de consistance nettement dure, est de surface irrégulière, légèrement mobile, avec les mouvements respiratoires.

Le foie est hypertrophié.

Les réactions biologiques du kyste hydatique, Weinberg, Casoni, sont positives.

La radiographie révèle l'existence d'une volumineuse ombre opaque occupant une bonne partie de l'hypochondre droit.

Sur le cliché pris en antéro-postérieure, la masse apparaît disposée obliquement de haut en bas et de dedans en dehors.

Le pôle céphalique atteint le corps de D. XII et le pôle inférieur répond à la hauteur de l'espace intermédiaire L. III et L. IV, à une distance notable de la colonne lombaire.

L'opacité est très intense, non uniforme et d'aspect nodulaire. Les bords sont irréguliers, sinueux. Au-dessus du bord supérieur de contour très net, apparaît l'ombre hépatique.

OBSERVATION XIV

(P. MOIROUD)

F..., âgé de 64 ans, revenant de Corse, entre à l'hôpital avec le diagnostic de kyste hydatique du foie.

Le début de cette affection semble remonter à environ treize ans et se caractérise par des douleurs sous le rebord costal droit, d'intensité variable, durant un à deux jours, pour disparaître six à sept mois. Cet état persiste jusqu'en avril 1927, où un chirurgien consulte porte le diagnostic de kyste hydatique du foie. Cet homme n'a jamais présenté d'ictère ni d'accidents fébriles ou paludéens.

L'hypochondre droit est soulevé par une tuméfaction dont le bord inférieur se rapproche de l'ombilic; elle appar-

tient au foie dont la surface est irrégulière, lobulée, et dont la matité s'étend de la cinquième côte à quatre travers de doigt au-dessous du rebord costal.

Un examen radioscopique et graphique donne une augmentation de la densité de l'ombre hépatique, en avant et vers l'abdomen avec contours régulièrement arrondis, c'est l'image d'un kyste hydatique à développement antéro-inférieur.

L'état général de ce malade est peu satisfaisant. Il est pâle, amaigri, mais n'a pas de lésions pulmonaires.

L'azotémie est de 30 pour 1.000.

La réaction de B. W. est positive.

Le Weinberg est négatif, l'éosinophilie de 2 %.

Intervention chirurgicale, le 15 septembre 1927.

Incision parallèle au rebord costal droit, le lobe droit est hypertrophié, blanchâtre, épaissi, cartonné et présente, à sa face inférieure, un volumineux kyste hydatique à paroi calcifiée qui, comme lui, est uni à la paroi abdominale par d'épaisses adhérences que l'on est obligé de traverser pour ouvrir le kyste; celui-ci renferme de nombreuses vésicules filles flêtries, sans pus et sans odeur; évacuation du contenu après formolisation; marsupialisation, drainage, un peu de bile s'écoule après l'évacuation du contenu.

Le 17 septembre, le pansement est fortement imprégné de bile, qui continue à s'écouler les jours suivants; on retire chaque fois, de petits fragments calcifiés qui proviennent de la paroi kystique.

Vers le 5 novembre, on remarque que les bords de l'orifice de marsupialisation sont rouge vif et qu'ils laissent sourdre en petite quantité un liquide à odeur aigrelette.

Le 7 novembre, on assiste, après le repas de midi, à l'évacuation de débris alimentaires intacts, mélangés à du vin que le malade venait d'absorber. Il s'agit sans nul doute d'une fistule gastrique.

Le 8 novembre, nouvelle intervention chirurgicale. Anesthésie générale à l'éther. Incision verticale sus-ombilicale, incision en baïonnette du Docteur Aubert.

La région sous-hépatique est occupée par une vaste zone d'accolement épiploïque inflammatoire, située au-dessous de

la vésicule biliaire légèrement adhérente. Il s'agit d'une zone étendue où la face inférieure du foie et la paroi kystique sont en rapport avec le duodénum (première et deuxième portions). On détache aux ciseaux les adhérences épiploïques et on tombe sur une vaste cavité kystique d'où on extrait une coque calcaire semi-sphérique qui représente le fond de la paroi du kyste. Il s'écoule alors un flot abondant de bile; il existe, en effet, au niveau du genu superius, une brèche duodénale ovalaire longue de 3 cm. environ et large de 2 cm. au niveau de laquelle la muqueuse est éversée. Cet orifice représente la fistule intestinale qui s'ouvrait dans le kyste; fermeture au catgut en trois plans. La petite courbure est occupée par une longue et large zone blanchâtre cicatricielle qui représente vraisemblablement un ancien ulcus.

En raison de cette lésion et du rétrécissement duodénal provoqué par la suture, on fait une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. L'épiploon est ramené sous le foie au contact de la région duodénale et étalé.

Agrandissement de la première incision opératoire au niveau de l'orifice de marsupialisation. Drainage par un Mickulicz arrivant au contact de la face inférieure du foie cruauté et de la région opératoire.

Fermeture aux fils de bronze de l'incision sus-ombilicale.

Les suites opératoires sont satisfaisantes et un traitement intensif est institué.

Le 12 novembre, la température s'élève au-dessus de 38°, en même temps qu'apparaît un foyer pneumonique droit qui emporte le malade, le 17 novembre.

Le ventre est resté souple et *l'évolution de la plaie a été satisfaisante.*

OBSERVATION XV

(SIEUR)

Kyste hydatique calcifié volumineux ouvert dans l'estomac. Après résection de ce qui a été possible de réséquer, on a laissé une large ouverture adhérente, à la paroi. *Guérison en deux à trois mois.*

OBSERVATION XVI

(DIALTI, résumé)

Une jeune fille de 17 ans, a vu se développer il y a deux ans, une tuméfaction de l'hypochondre droit et depuis cinq à six mois, une tumeur grosse comme un œuf sous le rebord des fausses côtes, avec un foie débordant de trois travers de doigt.

Grosse rate.

Pas de fièvre, léger ictère.

A l'opération, on trouve un premier kyste, entre les deux lobes droit et gauche et en rapport avec le ligament falciforme; un deuxième kyste à la face inférieure du foie ou niveau du hile.

Les parois des kystes sont calcifiées et ont contracté des adhérences avec l'épiploon et le mésocolon transverse.

Guérison complète en un mois.

OBSERVATION XVII

(CABANNES, rapportée par VIALLET et RANDAVEL, *résumé*)

P.... 27 ans, tumeur non douloureuse, rénitente, dure, légèrement mobile. Pas d'altération de l'état général.

Radioscopie: après insufflation du colon et de l'estomac, on voit une tumeur piriforme qui descend vers l'ombilic.

A la partie toute externe de cette tumeur, sur la ligne axillo-spino-iliaque antérieure, on voit deux taches opaques, qui suivent les mouvements du diaphragme pendant la respiration.

Radiographie: le kyste apparaît comme pédiculisé par des adhérences, ce qui lui donne la forme d'un topinambour. A la surface, on voit des ombres très foncées se détachant sur le reste du kyste: ce sont des points ostéo-calcaires, parsemés à la surface du kyste encore incomplètement calcifié.

Intervention chirurgicale (Docteur Cabannes). Découverte de la face inférieure du foie. On sent tout de suite la tumeur tendue et présentant des points durs, pierreux. On la découvre et l'on voit, implanté par une large base dans le lobe droit du foie, un kyste hydatique. Le côlon est adhérent par des brides.

La tumeur est dégagée et extirpée après résection d'une bande de tissu hépatique sur laquelle elle est fortement fixée. On peut pincer deux ou trois artères du tissu hépatique. Suture au catgut de la glande. On tamponne fortement.

Suites opératoires: bonnes, le malade sort guéri.

OBSERVATION XVIII

(DUBOUCHER, rapportée par VIALLET et RANDAVEL, *résumé*)

Malade de 35 ans, portant une volumineuse tumeur hépatique de situation postéro-inférieure.

La radiographie montre une poche à paroi calcifiée; le contour nettement arrondi du kyste visible à la partie inférieure du foie, comme tracé au compas. Au-dessus, on aperçoit, en plus clair, une limite de séparation entre du gaz et du liquide, toujours nette quelle que fut la position de la malade. Il s'agit d'un pyo-pneumokyste calcifié.

Il existait de la fièvre qui d'abord élevée, tomba lentement au-dessous de 38°, puis disparut. La malade, cardiaque en asystolie, ne peut être opérée pendant la période des grandes oscillations. Améliorée à la fois au point de vue cardiaque et infectieux, elle refusa plus tard l'intervention. Le Weinberg était négatif.

OBSERVATION XIX

(Ibid, *résumé*)

S..., infirmier, 52 ans, entre à l'hôpital Mustapha, le 5 juillet 1920, pour kyste hydatique du foie antéro-inférieur, avec des signes physiques caractéristiques. Signes généraux nuls. Weinberg positif.

Radiographie: Déformation irrégulière, mais cependant plutôt arrondie du bord inférieur de l'organe dans sa partie para-vésiculaire interne. Cette déformation concerne le kyste hydatique non calcifié dont le malade était porteur. La radiographie montre en outre dans la région du dôme et près de la surface de l'organe, une tache sombre à contour

bien tranché, à centre plus clair; cette tache mesure environ 5 cm. de diamètre dans tous les sens. L'examen radioscopique en position latérale permet de constater que le kyste se trouve situé plus près de la face antérieure que de la postérieure.

Intervention (Duboucher), le 27 juillet. Ponction évacuatrice, formolage du kyste et extirpation de la poche. Une syncope empêcha l'extirpation du kyste calcifié du dôme.

Suites opératoires: d'abord normales, puis température à 38°-39°, et ouverture de la plaie d'où s'écoule un liquide séro-purulent, puis, à la suite de lavages à la solution de sulfate de CU à 2 %, la température tombe et le 10 janvier 1921, le malade est en convalescence.

Après deux mois, le malade est hospitalisé à nouveau avec des signes thoraciques droits et de la fièvre.

L'état général est très mauvais; température à 39°5, faciès d'infecté profond, état saburral des voies digestives, diarrhée. Pouls et respiration rapides. Expectoration abondante, purulente, bilieuse. La radiographie montre un kyste calcifié du dôme. Ce kyste a un centre plus clair. Palpé au cours de la première intervention, sa position exacte, partie antérieure moyenne du dôme du foie, a été bien repérée par la main glissée entre le foie et le diaphragme.

L'état général reste mauvais malgré le traitement, et les antiseptiques pulmonaires. On se décide à intervenir.

Le 12 avril, extraction pénible, à bout de doigts, d'un kyste calcifié dont la coque ouverte dans les bronches laisse échapper du pus. Suture partielle de la paroi aux crins.

Suites opératoires: l'état général se relève rapidement, le malade entre en convalescence.

OBSERVATION XX

(BÉRAUD, *résumé*)

Mlle O..., 20 ans, est amenée à l'hôpital de Blida, le 14 mai 1921, avec le diagnostic de « tumeur abdominale ».

Signes de toxi-infection sévère. Ventre ballonné et douloureux dans toute son étendue, mais surtout dans la position sus-ombilicale. Le diagnostic de kyste hydatique du foie, multiloculaire, de dimensions considérables et en voie d'infection, est porté.

Première intervention (15 mai 1921). Révèle l'existence de deux kystes développés aux dépens des lobes gauche et droit, s'étendant du bassin à la coupole diaphragmatique. Marsupialisation des deux poches réunies en une seule, après formolage.

Suites opératoires immédiates favorables.

Quatre mois après, persistait, cependant, au niveau de l'épigastre une fistulette d'où s'écoulait, d'une façon intermittente, du pus mêlé à de rares débris hydatiformes. Une deuxième intervention permit d'extirper le trajet fistuleux.

La malade sort le 25 novembre 1921, pouvant être considérée comme guérie.

Un an et demi après (mai 1923), elle revenait cependant, amaigrie et souffrant presque constamment du côté droit.

A l'examen fut perçue, en dehors du rein, profondément, une tuméfaction douloureuse, difficile à limiter, intumescence plutôt, qui semblait faire corps avec le foie.

La radioscopie montra, à hauteur et à droite de l'ombilic, une ombre plus dense que l'ombre hépatique, à contours imprécis, n'atteignant pas la crête iliaque en bas, se confondant en haut avec le foie.

Weinberg, positif.

Eosinophilie, 2 %.

Deuxième intervention (14 juin 1923). Incision abdominale en L renversée. Feutrage d'adhérences, avec chapelet de ganglions scléreux, dont la libération fait découvrir une vésicule scléro-atrophique, blanchâtre, dont les parois semblent avoir subi une transformation crétacée et contenant de petits calculs. Cholécystectomie rétrograde. Enfin, dans la profondeur on découvre, en dehors du rein, une tumeur arrondie de la grosseur d'une mandarine et de teinte grisâtre qui prolonge, en bas, le tissu hépatique. Cette tumeur est dure comme de la pierre: toutes les ponctions exploratrices restent blanches, ou du moins ramènent une substance calcaire, blanchâtre, desséchée, où l'examen microscopique ne devait pas révéler la présence de scolex. Etant donné l'étroitesse du puits d'accès, on ne peut que faire une toilette minutieuse au formol avec drainage par un ruban de gaze.

Suites apyrétiques.

Mais quatre mois plus tard, il fallut réintervenir et à plusieurs reprises, pour une collection sous-hépatique avec réaction fébrile.

La malade sortit cicatrisée en mai 1924, tous malaises disparus.

OBSERVATION XXI

(M. LABBÉ, LOMON, SÉLIGMAN)

R., 21 ans, entre à l'hôpital le 6 juin 1924, parce qu'elle est fatiguée depuis quelque temps; depuis une semaine, elle a des sueurs nocturnes; la nuit dernière, elle a eu des étourdissements et deux crises lipothymiques dans le Métro. Elle a un peu maigri et perd ses forces; elle a un léger épistaxis, il y a cinq jours.

Depuis deux jours, elle souffre d'un point de côté étendu de la région scapulaire droite, à la base du thorax; ce point augmente dans les inspirations profondes, petite toux sèche, pas de crachats. La température est normale, le pouls régulier à 78. Ce point de côté s'efface peu à peu.

L'examen du poumon décèle une cortico-pleurite de la base droite, râles peu nombreux, pas de souffle.

Langue un peu saburrale, constipation. Le foie et la rate paraissent normaux.

La malade ayant deux sœurs mortes de méningite, on craint la tuberculose, mais on n'en trouve aucun signe.

Le 15 octobre 1924, trois mois plus tard, J. R., est mieux. Elle a gagné 2 kilogs. L'aspect général est bon, l'urticaire ne se reproduit plus. Cependant, il y a encore de la fatigue, le soir et surtout la nuit. Les règles sont irrégulières, un peu douloureuses, suivies de pertes blanches. La digestion est médiocre, la langue saburrale, les selles, contiennent des œufs tricocéphales.

La gêne respiratoire s'est accentuée. Il y a un point de côté à droite, augmenté par la respiration; des douleurs fréquentes dans le bras droit; pas d'expectoration; on découvre une grosse matité à droite au-dessus du sein, descendant vers l'aisselle et le dos; à ce niveau, vibrations vocales et murmure vésiculaire diminués; râles fins sous-pleuraux, bruit spécial à la fin de l'expiration.

Le bord inférieur du foie ne débord pas les côtes.

Radiographie: montre, entre la onzième et la douzième côte, un trait mince curviligne, à concavité supérieure, qui fait porter le diagnostic de calcification partielle d'un kyste hydatique.

Réactions biologiques: intradermo-réaction de Casoni, fortement positive. Cuti-réaction, positive. Réaction de Weinberg, positive.

Le diagnostic de kyste hydatique du foie évoluant vers la face supérieure et la plèvre étant établie d'une façon certaine, une opération paraît nécessaire. Mais, les chirurgiens consultés se refusant à l'entreprendre, étant donné l'incertitude sur la situation exacte du kyste.

En 1926, poussées de fièvre de temps à autre; trois crises douloureuses modérées avec dyspnée et expectoration contenant des vésicules hydatiques en forme de grains de raisin.

Septembre 1926. La malade étant à bicyclette, est prise d'un étourdissement et tombe. Elle a un point de côté terrible, une crise d'étouffement; puis, elle tousse et rejette quelques crachats, il y a quelques stries de sang et une petite vésicule dans l'expectoration. Cette vésicule est envoyée au laboratoire de parasitologie de la Faculté où le diagnostic porté est celui d'hydatide.

Novembre 1926. Les symptômes s'accusent à la base droite. Point de côté pénible, persistant: toux sèche, quinteuse. Crachats suspects contenant des débris de membranes et du sang. Poussées de fièvre le soir. Quelques râles congestifs et frottements à la base droite. Le foie déborde de 3 cm. les côtes.

Les accidents se répètent et s'accompagnent. La malade revient consulter à la Pitié et on lui conseille l'opération de ce kyste hydatique du foie, ouvert dans les bronches.

Le 14 mars 1927, l'opération est pratiquée par le Professeur Gosset. Après résection costale, la plèvre est ouverte, le diaphragme suturé; la tumeur fluctuante du foie incisée, visée d'une grande quantité de vésicules filles, lavée au formol et drainée.

Les premières suites opératoires sont bonnes; mais le 26 mars, *l'opérée meurt subitement.*

L'autopsie montra un volumineux kyste hydatique de la grosseur du poing, développé au niveau du bord postérieur du foie, refoulant le diaphragme ouvert chirurgicalement à travers la plèvre. Pas de pleurésie purulente. Poumon atelectasié, refoulé au hile. Congestion et œdème du côté opposé.

Nous allons maintenant rapporter les cas où le diagnostic de kyste hydatique calcifié du foie, ne constitua qu'une simple trouvaille radiographique.

OBSERVATION XXII

(MM. Marcel LABBÉ, LOMON et SÉLIGMAN, *résumé*)

T..., 72 ans, jardinier, entre à la Pitié le 1^{er} octobre 1927. Ce malade souffre dans le côté droit au commencement des respirations profondes.

Le foie est gros, non ptosé, de consistance ferme, à peine douloureux au palper; le bord inférieur déborde de 7 cm. le rebord costal. On ne sent pas la vésicule.

La rate n'est pas hypertrophiée. Il n'y a pas d'ascite, pas de circulation collatérale exagérée.

La formule sanguine indique 76 % de leucocytes polynucléaires et 3 % de polynucléaires éosinophiles.

L'examen des urines ne décèle aucun trouble de la fonction biliaire; la fonction glyco-régulatrice est profondément altérée par l'existence d'un diabète et non d'un simple trouble du foie.

Le métabolisme azoté est nettement altéré. Le rapport azoturique est abaissé.

L'examen radioscopique montre une aorte élargie. C'est alors que la lésion hépatique est découverte par hasard au cours de la radioscopie.

La radioscopie, puis la radiographie, montrent une image arrondie du volume d'une grosse orange, occupant la partie supérieure du foie, mais séparée de la coupole diaphragmatique. Cette masse est un peu plus opaque que le foie. Ses contours sont très nettement limités par une coque épaisse de 2 à 3 millimètres et très opaques, indiquant une infiltration par des sels de chaux de la paroi du kyste.

En somme, chez un malade atteint de diabète léger, caractérisé par la glycosurie et la réaction d'hyperglycémie, on découvre, par hasard, au cours de la radioscopie, l'image d'une tumeur intra-hépatique, probablement d'un kyste hydatique calcifié.

Ce kyste est resté latent; il n'y a pas eu d'urticaire, il n'y a pas eu d'éosinophilie. Malheureusement, il n'a pas été possible d'avoir la réaction de fixation et la dermo-réaction hydatique.

OBSERVATION XXIII

(*Ibid.*)

Un homme de 57 ans, souffre de dyspnée d'effort et de décubitus. Quelques troubles dyspeptiques, ballonnement post-prandial, éructations, sont signalés par le malade.

On pratique un examen radioscopique et on a la surprise de découvrir une anomalie du diaphragme. Des radiographies permirent de préciser les caractères de cette ombre. De la forme et du volume d'un citron, logée à la partie supérieure et externe du foie, elle soulève fortement le diaphragme et fait saillie dans le thorax. Vue de profil, elle émerge du versant postérieur de la coupole diaphragmatique. Sa densité est supérieure à celle du foie, mais laisse cependant voir au travers de son ombre, des détails du squelette. Une coque plus opaque et assez régulière l'enveloppe en entier.

Il s'agit, sans aucun doute, d'un kyste hydatique calcifié du foie.

OBSERVATION XXIV

(PETZÉTAKIS et E. YALOUSSIS, *résumé*)

P..., 54 ans, grec, ouvrier, se présente, le 26 septembre 1923 à l'Astyclinique de l'hôpital grec, pour hémoptysies.

Depuis quatre ans, il présente, par périodes, une toux sèche accompagnée d'une légère expectoration muco-purulente qui cède facilement à une médication symptomatique. Il n'a jamais senti son foie douloureux, ni présenté de névralgie intercostale.

A l'examen, sujet plutôt maigre.

L'examen du thorax montre, à la partie antérieure du poumon droit, l'existence d'une respiration rude, accompagnée de quelques bruits surajoutés.

Rien du côté du cœur. La rate est normale. Le bord inférieur du foie est normal.

L'examen des crachats, à deux reprises, reste négatif pour le bacille de Koch, spirochètes, amibes et crochets.

Le sang contient 1,3 pour cent d'éosinophiles.

Le B. W. est légèrement positif.

La radioscopie montre une ombre arrondie à la hauteur de la deuxième côte. Le premier diagnostic fut celui d'échinococcose, mais l'absence de crochets, d'éosinophilie, et le B. W. positif ne permettaient pas de poser un diagnostic sûr.

Le malade, après deux piqûres d'émétine fut soumis à un traitement anti-syphilitique et les hémoptysies s'arrêtèrent.

Une année plus tard, il fut revu pour une hémoptysie peu importante. Un deuxième examen radiologique fut pratiqué.

Il montre la persistance de l'ombre pulmonaire vue un an auparavant. Le tiers interne du diaphragme apparut immobile et le reste présentant des mouvements très limités. Un examen radiographique de la région hépatique fut fait, qui

montra deux kystes de la grosseur d'un œuf d'oie, chacun à parois infiltrées de sels calcaires.

Il s'agissait indiscutablement de kystes hydatiques calcifiés du foie avec métastase pulmonaire. La parasitose hépatique passa inaperçue et ne s'est manifestée par aucun symptôme subjectif.

OBSERVATION XXV

(G. PAISSEAU et V. OUMANSKY)

Une femme de 47 ans, entrée à l'hôpital Tenon pour des accidents de tuberculose pulmonaire bilatérale, évoluant depuis plusieurs mois. Au cours de l'examen, l'attention est attirée par l'existence, au-dessous du bord costal droit, d'une petite masse régulière et indolore dont il est difficile de préciser la nature clinique. Aussi, l'examen radiologique est-il pratiqué. Il ne fournit aucun renseignement, mais sur le cliché radiographique, on voit nettement une image très particulière.

Elle a les dimensions et la forme d'une pièce de 5 francs, aux contours opaques, le centre est sensiblement moins foncé et moins homogène. De son bord supérieur et droit, se détache une petite bande sombre, un peu moins nette cependant que le contour de la première poche et qui va se perdre insensiblement en s'incurvant vers le bord supérieur du foie.

On ne parvient à relever, dans le passé de cette malade, aucun signe d'échinococcose. Elle succombe au progrès de sa tuberculose, quinze jours après son entrée dans le service. L'autopsie permet de vérifier au niveau du foie, l'existence d'une cavité kystique volumineuse (11 cent. sur 7), pleine de pus, avec quelques débris membraneux, dont la paroi est épaisse et infiltrée de sels calcaires. Cette poche est en réalité formée de deux parties, une inférieure assez nettement circulaire à parois très épaisses, l'autre supérieure,

obliquement dirigée en haut et à droite, et dont la paroi est très mince, sauf dans la partie inférieure de son rebord droit, ce qui correspond à l'image radiographique; seules, les parties épaisses, très infiltrées de sels calcaires, sont visibles sur le cliché.

OBSERVATION XXVI

(*Ibid.*)

Jeune femme de 27 ans, ayant eu à deux reprises, un syndrome douloureux abdominal avec vomissements, nausées et fièvre; l'examen décelait une légère sensibilité de la région hépatique.

L'examen radiologique, qui se proposait surtout d'explorer la vésicule biliaire, montra, en plein parenchyme hépatique, une image dont l'analogie avec celle observée dans le cas précédent, est frappante.

Ici encore, l'image est arrondie, les dimensions sont à peu près les mêmes que dans le cas précédent. Les bords se présentent sous forme d'un trait plus opaque de 1 mm. à 1 mm. et demi d'épaisseur, légèrement sinueux, et dont le quart supérieur est moins nettement tracé. Immédiatement au-dessus de cette image, existe une deuxième tache arrondie, dont une partie du contour est assez nettement dessinée, surtout dans la moitié extérieure de sa circonférence, tranchant sur le fond de l'image moins sombre. En certains points même, il apparaît un double contour.

Sans doute, dans ce cas, la preuve de kyste hydatique n'a pu être faite, mais en dehors des signes cliniques, permettant d'affirmer le diagnostic, bien qu'il parut probable qu'il s'agissait d'un kyste hydatique ouvert dans les voies biliaires, l'analogie frappante qui existe avec l'image précédente ne permet guère de douter qu'on se trouve en présence d'un kyste hydatique calcifié.

OBSERVATION XXVII

(HALBRON)

Chez un tuberculeux cavitare, un très gros foie semblait sous la dépendance de la tuberculose. Une voussure perceptible à la région moyenne du foie, fit penser à la possibilité d'un kyste hydatique.

La radiographie montra une très grosse ombre circulaire à double contour, et à l'autopsie, on put vérifier la présence d'un kyste hydatique calcifié.

OBSERVATION XXVIII

(Noël FIESSINGER et R. CATTAN)

Les auteurs rapportent la découverte, grâce à un examen radiologique fortuit, d'un kyste hydatique calcifié caractérisé par une ombre, située en plein parenchyme hépatique, plus dense que celui-ci, cerclée de noir, de contour parfaitement régulier.

Chapitre III

REVUE GENERALE

I. — ETIOLOGIE

De l'étude des vingt-huit cas de kystes hydatiques calcifiés du foie, nous pouvons tout d'abord conclure que cette éventualité, sans être très fréquente, se rencontre cependant plus souvent que l'on a l'habitude de le croire.

Dans de nombreux cas nous avons vu que la présence de tels kystes pouvait très bien passer inaperçue et il est permis de penser qu'en réalité le nombre des kystes hydatiques calcifiés peut être beaucoup plus important. Nous verrons, d'après les références bibliographiques, que de nombreux autres cas ont été signalés dans la littérature médicale, mais souvent le diagnostic n'a pu être posé d'une façon certaine, les auteurs se heurtant à diverses difficultés: refus de l'intervention, impossibilité de pratiquer la nécropsie, réactions spécifiques négatives. Seule la radiographie permettait dans ces cas de poser un diagnostic à peu près certain.

Quoi qu'il en soit, il résulte d'une statistique de M. G. Oublié, de Constantine, portant sur 135 malades opérés pour échinococcose hépatique, que *l'éventualité d'une*

calcification des parois du kyste se rencontre environ dans 3,5 pour cent.

Cette calcification se rencontre avec une égale fréquence dans les deux sexes.

L'âge interviendrait, puisque environ 65 pour cent des cas auraient été observés chez des sujets âgés de plus de 40 ans.

Les kystes hydatiques du foie auraient plus de tendance à se calcifier, que ceux situés dans d'autres organes, mais on peut également assister à la calcification de kystes hydatiques du poumon, du rein, de la rate ou des muscles.

Signalons enfin que si cette éventualité est malgré tout rare dans la pathologie humaine, Petzetakis et Yaloussis ont mis en évidence par leurs recherches, qu'elle se rencontrerait plus fréquemment dans la race bovine et dans la race ovine. *Cette notion de pathologie comparée est capable de fournir une base de comparaison et rend compte de la défense organique évoluant vers la calcification, sans doute plus souvent qu'on ne peut le présumer.*

II. — PATHOGÉNIE

Lors de la calcification des kystes hydatiques du foie, le dépôt calcaire se fait au niveau de l'adventice. Cette dernière est une membrane fibreuse très peu vascularisée, par laquelle les tissus s'opposent à l'évolution du parasite. Elle traduit un mode de défense et non pas la mort de l'échinocoque ; il est donc rationnel de supposer que dans l'échafaudage de cette barrière contre un agent étranger, l'organisme fait appel à toutes ses ressources,

et par conséquent il est également rationnel de croire que la calcification est *le résultat de la mise en jeu des puissances d'antixénisme de l'individu*. Les théories locales nous paraissent donc moins aptes à l'expliquer que les théories dites « générales ».

L'adventice, dans laquelle se concrètent les dépôts calciques, est une membrane fibreuse, très peu vascularisée, habituellement mince dans le kyste à évolution normale; elle peut atteindre, sous l'effet de certains facteurs, une épaisseur considérable.

Ces facteurs sont :

- 1° l'influence du « pouvoir fibreux » de l'organisme envahi;
- 2° des manifestations morbides provoquées par le parasite. On sait, par exemple, que dans les cas de suppuration des kystes, la membrane présente une épaisseur considérable.

Mais, sous quelles causes se produit cette calcification?

Nous savons que chez certains sujets, la réaction fibreuse du tissu conjonctif subit la dégénérescence calcaire : telle est la calcification de certaines adénopathies, de certains fibromes, de certains nodules sous-cutanés. Il serait intéressant de rechercher sur quel terrain, local ou général, physiologique ou pathologique, se développe de préférence cette forme de dégénérescence. Mais il faut, avant d'échafauder des hypothèses, essayer de pénétrer rapidement le mécanisme même de cette calcification. Ces dépôts de calcium paraissent être formés par un mélange de sels alcalino-terreux, c'est-à-dire, des phosphates et des carbonates calciques, auxquels s'ajoutent de petites quantités de magnésium et de silice.

L'acide phosphorique combiné au calcium donne naissance à trois sels :

- le phosphate monocalcique très soluble ;
- le phosphate calcique bibasique, peu soluble ;
- le phosphate calcique neutre, *insoluble* et qui *se précipite dans un milieu alcalin*.

Les deux premiers sels constitueraient les formes de transport, et le dernier, l'état de précipitation. Ces sels se transformeraient *sous diverses influences générales et locales*, que nous allons étudier maintenant et qui constitueraient la cause première de la calcification des kystes hydatiques qui nous occupent.

1° Causes locales

a) *L'alcalinité de la membrane adventice* qui, comme nous l'avons vu, favoriserait la précipitation du calcium et dont Dévé a souligné l'existence.

b) *Le manque de vascularisation de l'adventice*, qui provoque un retard de la circulation interstitielle. Celui-ci peut réaliser un œdème, une sorte d'infiltration mal limitée de cette zone : facteur éminemment favorable à la précipitation des sels en suspens dans les humeurs.

c) *L'apparition d'un processus dégénératif* au niveau de la membrane périhydatique est encore un facteur qui favorise la précipitation des sels calcaires.

d) *L'élévation locale de la quantité de calcium*, dans les tissus périhydatiques, dans les kystes du foie et du rein. On sait en effet que ces organes sont chargés de l'élimination du calcium à l'état physiologique ; leur insuffisance exposerait dès lors à la rétention du Ca, et donc, à l'accumulation ; l'hypercholestérolémie de notre malade

serait au moins un témoin de cette insuffisance fonctionnelle, sinon un facteur de prédisposition. Mais il est difficile d'en faire état, car elle ne se retrouve que dans peu d'observations.

e) Il serait enfin intéressant *de connaître la teneur en Ca, du liquide hydatique* lui-même. On a noté en effet, dans certains kystes non parasitaires tels certains kystes dermoïdes, une teneur en Ca très élevée. N'en serait-il pas de même dans les cas de kystes hydatiques ? Ce fait appellerait de nouvelles recherches.

2° Causes générales

Mais, ces diverses théories semblent négliger ce fait sur lequel nous insistons quelques lignes plus haut, que la calcification est un processus général et non local. Voyons donc maintenant les causes générales que l'on peut invoquer pour expliquer le phénomène, objet de notre étude.

a) *L'hypercalcémie*. Il est bien certain que l'hypercalcémie peut jouer un grand rôle dans la calcification des kystes hydatiques. Chez certains sujets, où l'on assistait à une telle éventualité, les chiffres de calcémie étaient légèrement plus élevés que les chiffres normaux ; mais il n'en est pas toujours ainsi. De plus, comme le fait remarquer Aschoff et Kossa, cette surcharge ne déterminerait la précipitation du calcium, que dans les tissus prédisposés. Enfin, cette hypercalcémie elle-même est un trouble humoral qui doit reconnaître une origine. Quel est donc ce *primum movens* ?

b) *L'état endocrinien du sujet* le fournirait peut-être, mais avec le vague et l'imprécision attachés à ce terme.

Il serait peut-être le déséquilibre initial. A la lueur des connaissances actuelles, on a invoqué des dysfonctionnements tantôt hypophysaires, tantôt thyroïdiens, tantôt pluriglandulaires. Les tentatives chirurgicales, faites ces dernières années, dont le fond est précisément un trouble du métabolisme calcique, et dont la haute expression se trouve réalisée dans l'ostéose parathyroïdienne de Lièvre, semblent donner nettement la prééminence dans ce domaine à *la parathyroïde*. Faudrait-il donc à cette hypercalcémie, reconnaître une origine polyglandulaire à prédominance parathyroïdienne? C'est fort possible; mais l'état actuel de nos connaissances nous interdit toute conclusion qui risquerait d'être prématurée et sans fondement réel.

Quoi qu'il en soit, on peut conclure de cette tentative d'interprétation pathogénique, que la calcification des kystes hydatiques du foie est sous la dépendance de *facteurs généraux* (dysfonctionnement glandulaire, légèrè dysparathyroïdie, hypercalcémie...), et de *facteurs locaux* (modifications circulatoires locales, alcalinité, insuffisance de l'émonctoire hépatique...), qui, s'ils ne jouent pas le rôle principal dans ce processus, servent cependant de *point d'appel* à la précipitation calcique.

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Anatomie macroscopique

En général unique, quelquefois multiples, les kystes hydatiques calcifiés du foie occupent des sièges variables. On les rencontre le plus souvent dans le lobe droit. Quelquefois, le kyste est central, en plein tissu hépati-

que, mais le plus souvent, il ne tarde pas à proéminer sur une face du viscère et, d'après la prédominance de leur saillie, on a pu distinguer :

- Les kystes antérieurs, soulevant le rebord costal et la région sus-ombilicale ;
- Les kystes antéro-inférieurs, abdominaux ;
- Les kystes postérieurs, lombaires ;
- Les kystes supérieurs à développement thoracique.

Il semble que leur siège de prédilection est la région antéro-inférieure du foie.

Ces kystes présentent à étudier :

- une paroi ;
- un contenu.

La paroi. — Elle est constituée par la membrane adventice du kyste qui, par suite de la calcification, va s'isoler plus ou moins du tissu hépatique adjacent.

Cette calcification sera variable suivant l'âge du kyste :

a) Au début, la membrane adventice ne contient que de minimes dépôts calcaires, véritable poussière calcaire disséminée dans l'adventice ;

b) Peu à peu, les concrétions augmentent de volume et se réunissent en plaques d'épaisseur et de grandeur variables, suivant l'ancienneté du processus ;

c) Dans un troisième stade, ces plaques calcaires se réunissent et forment ainsi une couche continue, véritable coque calcaire emprisonnant le contenu du kyste.

Quant à la membrane mère, elle finit par disparaître se fondant avec le contenu du kyste.

Le contenu. — Ce contenu est variable suivant le degré de calcification de la paroi.

- Il peut être fluide et contenir, mêlées à du pus, des vésicules filles plus ou moins flêtries;
- Il peut être pyo-gazeux;
- Il peut enfin, et ceci dans les cas de kystes calcifiés anciens, être constitué par un magma caseux plus ou moins crétifié lui-même: c'est le mastic jaunâtre décrit par les auteurs.

Ce contenu est constitué par des phosphates et des carbonates de chaux, une matière semblable à de l'albumine, du cholestérol et des matières grasses.

Anatomie microscopique

Si l'on pratique des coupes histologiques de kystes hydatiques calcifiés, on met en évidence, par différentes méthodes de coloration ou d'imprégnation, les dépôts de calcaire au niveau de la membrane péri-hydatique. On observe deux zones: une zone externe constituée par du tissu fasciculaire compact, à noyaux cellulaires peu abondants et protoplasma en dégénérescence hyaline avec des vaisseaux néoformés à parois très minces. Ce tissu perd peu à peu ses noyaux, jusqu'à la formation d'un bloc compact, constituant la zone interne, clairement fasciculaire, à protoplasma homogène, sans fibrilles, ni noyaux, ni vaisseaux; on observe dans le protoplasma, un fin précipité granuleux fortement coloré, allant en augmentant peu à peu jusqu'à la formation de plaques calcaires.

IV. — SYMPTOMATOLOGIE

Ce qui ressort des observations cliniques des kystes hydatiques calcifiés du foie, c'est qu'ils présentent très rarement la symptomatologie hydatique. Leur traduction clinique attire cependant l'attention du côté du foie, sans que pour cela on puisse leur décrire une symptomatologie précise. La plupart du temps, c'est à la suite de la constatation d'un ictère, d'un syndrome douloureux de l'hypochondre droit, d'une tumeur dans la région hépatique, que l'on est amené à pratiquer un examen radiographique qui montrera des images assez caractéristiques de kystes calcifiés.

D'une façon générale, on peut dire que certains kystes hydatiques calcifiés peuvent demeurer absolument latents. Ces cas ne se traduisent par aucune symptomatologie et leur découverte est souvent l'effet du hasard. Dans l'observation personnelle que nous publions, c'est à l'occasion d'un accident ayant entraîné une fracture pluricostale, qu'un examen radiographique avait montré l'existence d'une image typique de kyste hydatique calcifié du foie. Sa fracture guérie, le malade avait repris ses occupations normales et ainsi pendant trois ans le kyste était resté absolument latent. Ce n'est qu'après ce laps de temps que, par suite de phénomènes douloureux d'une rare intensité, l'attention fut à nouveau attirée du côté du foie et que le kyste se présente alors avec une symptomatologie propre que nous avons décrite en détail.

Dans la majorité des cas, cependant, il n'en est pas ainsi et il est rare que quelques symptômes n'attirent pas l'attention du côté du foie.

Nous allons essayer de dégager de cette multitude de symptômes variés, ceux que l'on rencontre le plus fréquemment dans l'étude des kystes hydatiques calcifiés du foie.

Le début peut passer inaperçu.

Signalons cependant ce fait que, chez les sujets atteints de kystes calcifiés, on ne retrouve qu'exceptionnellement la symptomatologie hydatique, à tel point qu'on diagnostique le kyste hydatique calcifié sans avoir auparavant décelé la présence d'un kyste hydatique simple. Il semblerait que, dans ce cas, cette calcification imprimerait à la maladie et dès le début, une allure atypique spéciale. Et ceci vient bien à l'appui de la théorie moderne qui dit que la calcification ne se produit pas à la suite de la mort de l'échinocoque, mais est contemporaine de l'évolution du kyste.

Quoiqu'il en soit, le début est le plus souvent marqué par de légers troubles fonctionnels.

1° *La douleur*. — C'est le symptôme le plus constant. Tantôt douleur sourde: simple pesanteur dans l'hypochondre droit; tantôt et le plus souvent: accès douloureux avec sensation de torsion, de déchirement profond, douleur quelquefois comparable à un accès de colique hépatique. Cette douleur a son maximum d'intensité dans l'hypochondre droit, mais présente des irradiations en ceinture, dans le dos, dans l'épaule droite.

Ces accès douloureux apparaissent soit spontanément soit à la suite d'un traumatisme ou d'une fatigue physique. Ils évoluent ainsi pendant deux à trois jours, puis disparaissent brusquement et le malade entre alors dans une période de rémission qui peut durer de quelques semaines à plusieurs mois.

2° *L'ictère*. — Rarement observé isolé, cet ictère accompagne l'accès douloureux ou lui succède. C'est un ictère tantôt léger, tantôt intense, le plus souvent ictère par rétention (peau et muqueuses très colorées, prurit, bradycardie, selles décolorées, urines acajou renfermant des pigments et des sels biliaires).

Cet ictère peut disparaître avec l'accès douloureux, ou bien persister pendant quelques jours encore.

3° *Les troubles digestifs*. — Ils sont caractérisés par des troubles dyspeptiques sans caractères bien nets: anorexie, éructations, nausées, vomissements alimentaires, sensation de ballonnement post-prandial avec pesanteur épigastrique.

Dans quelques cas, les troubles généraux sont les premiers en date. Ils se caractérisent par un amaigrissement souvent important et assez rapide et par une sensation d'asthénie et de fatigue générale. Il peut exister, dans quelques cas, une légère fièvre oscillant aux alentours de 37°5-38°.

Enfin, troisième éventualité possible, c'est l'apparition d'une tumeur hépatique qui va attirer l'attention sur la maladie: soit tuméfaction localisée de l'hypochondre droit, dépassant le rebord costal; soit hépatomégalie isolée sans aucun autre signe.

L'affection va ainsi évoluer le plus souvent par poussées successives et à un moment donné, la symptomatologie du kyste hydatique calcifié du foie, sera plus riche et plus caractéristique.

A la période d'état, nous retrouverons les mêmes signes fonctionnels: Douleurs évoluant par accès, ictère par rétention, troubles dyspeptiques sans caractères bien précis.

Mais l'amaigrissement sera souvent considérable et s'accompagnera d'une anémie souvent intense.

L'examen physique révélera alors la présence soit d'un gros foie solitaire, soit d'une tumeur dure et sans caractéristique bien précise.

L'étude des réactions biologiques et de la formule sanguine que l'on doit faire systématiquement devant une affection hépatique qui ne fait pas sa preuve, n'apporte pas le plus souvent, des résultats décisifs. En général ces recherches sont négatives; mais parfois un de ces éléments pourra venir apporter un utile secours. C'est ainsi que l'on peut avoir une réaction de Weinberg ou de Casoni positive; d'autres fois, une éosinophilie importante sera un indice précieux. De toutes façons, la numération globulaire révèle souvent une formule d'anémie modérée, parfois cependant assez importante.

Dans quelques cas heureux, toutes ces réactions peuvent être positives: elles vont alors de pair avec un kyste évolutif en voie de calcification; ce diagnostic sera alors évident.

Nous voyons donc que la clinique, en définitive, s'avère le plus souvent impuissante pour faire porter un diagnostic certain. Nous allons étudier maintenant le moyen le plus précieux que possède le clinicien dans l'élaboration d'un tel diagnostic, nous avons nommé l'examen radiologique.

5° DIAGNOSTIC

Le diagnostic de kyste hydatique calcifié du foie se fera :

- 1° par la clinique;
- 2° par les réactions biologiques;
- 3° par la radiographie.

1° *Par la clinique.* Nous venons de voir les différents symptômes qui peuvent accompagner les kystes hydatiques calcifiés du foie; nous n'y reviendrons pas. Disons seulement que le symptôme le plus constant est la douleur dans l'hypochondre droit, simple sensation de pesanteur, ou au contraire, violents accès douloureux simulant une colique hépatique. Lorsque à ce symptôme fonctionnel s'ajoute la constatation d'un gros foie ou d'une tumeur hépatique, l'attention est d'emblée attirée vers cet organe. La clinique attire donc l'attention sur la glande hépatique et le plus souvent ne permet que d'échafauder des hypothèses.

2° *Les réactions biologiques* (réactions de Casoni, de Weinberg), et la formule sanguine (anémie avec éosinophilie), font le plus souvent défaut. Cependant, les constatations d'une ou plusieurs de ces réactions sera d'un utile secours pour la précision du diagnostic.

3° En définitive, c'est *l'examen radiologique* qui constitue le moyen le plus sûr pour affirmer le diagnostic de kyste hydatique calcifié du foie.

Disons tout de suite que l'exploration radiologique du foie, dans les kystes hydatiques de cet organe, est une recherche dont on n'attend habituellement que des signes indirects de déformation hépatique, notamment si le kyste est supérieur, ou de simples hépatomégalies

si le kyste est central. En effet l'opacité du kyste se confond avec l'ombre du foie c'est pourquoi le diagnostic des kystes hydatiques par l'exploration radiologique n'est pas une méthode employée systématiquement.

Cependant le kyste peut devenir visible dans deux éventualités.

Lorsqu'une masse gazeuse en occupe une partie: on aura alors une image claire intra-hépatique;

Lorsque sa paroi est infiltrée de sels calcaires — ce furent Chauffard, Lejars, Ronneaux et Brodin qui, les premiers, eurent le mérite de montrer l'importance de l'examen radiologique dans les cas des kystes hydatiques calcifiés.

Dans cette investigation il faut savoir que l'examen radioscopique est le plus souvent nettement insuffisant. Ce dernier pourra cependant faire déceler une anomalie des contours hépatiques, lorsque le kyste est périphérique; mais dans le cas de kyste central, il est exceptionnel que l'on distingue nettement une tache opaque dans l'ombre de la glande hépatique.

C'est donc à la radiographie qu'il faut toujours s'adresser lorsqu'on soupçonne une telle éventualité.

Les renseignements que nous fournira ce mode d'exploration seront variables au début de la maladie, lorsque la calcification sera peu importante, et à la période d'état, alors que la calcification sera déjà très avancée.

Au début l'image est assez peu caractéristique: seul le contenu de la masse hydatique est apparent; en effet, la portion de la paroi, qui limite latéralement le trajet, est prise de champ par les rayons et traversée sous une épaisseur bien plus considérable. D'autres fois, on n'aperçoit sur le cliché qu'une simple traînée curviligne.

et il sera alors nécessaire de multiplier les examens en prenant des radiographies sous des incidences différentes.

A la période d'état, au contraire, l'image est le plus souvent nette, presque pathognomonique d'un kyste hydatique calcifié.

Sur le cliché, on aperçoit se détachant sur l'ombre hépatique une tache très opaque, circulaire, arrondie ou ovalaire.

Cette tache est limitée par un contour net, régulier, plus opaque que le centre de l'image, véritable trait qui cerce l'image; on observe le plus souvent un contour unique, mais dans quelques cas, on a signalé l'existence d'images opaques cerclées par un double contour.

Le centre de l'image est moins sombre que la périphérie et n'est pas homogène. En effet, les dépôts de calcaire ne se font pas d'une façon uniforme à la périphérie du kyste et c'est ce qui explique l'aspect muriforme de la plage centrale du kyste.

Cette tache sombre est le plus souvent arrondie, quelquefois ovalaire. Ses dimensions sont variables, en moyenne dimension d'une orange, quelquefois d'un œuf de poule, rarement d'une tête d'adulte.

En un mot, tache arrondie ou ovalaire, de la dimension d'une orange, à contour net, régulier, très opaque, à centre plus clair et uniforme: telle est l'image radiographique classique des kystes hydatiques calcifiés du foie.

Cependant, en présence d'une telle image, il importe d'écarter certaines éventualités:

1° Au début, lorsque la calcification ne se traduit que par un liseré opaque, simple traînée curviligne, il im-

porte d'éliminer un cartilage costal en voie d'ossification, une production crétacée du cul de sac pleural, une calcification banale du bord du foie; pour cela, il faut multiplier les examens radiographiques pris sur des incidences diverses.

2° A la période d'état, il faudra éliminer des images intra-hépatiques et des images de voisinage.

Ainsi, une gomme syphilitique calcifiée peut être prise pour une image de kyste hydatique calcifié; mais dans ce cas, l'image est moins bien cerclée, et les réactions sérologiques ainsi que l'épreuve du traitement nous seront d'un utile secours.

De même, un cancer calcifié peut nous induire en erreur, mais dans ce cas, l'opacité est plus importante et plus homogène que dans le cas de kyste hydatique calcifié.

Parmi les affections extra-hépatiques qu'il convient d'éliminer par la multiplication des clichés radiographiques, citons les calculs vésiculaires, rénaux, pancréatiques. Mais la multiplicité ou la forme différente des images suffira, avec les manifestations cliniques, à nous faire rapporter ces images à leur véritable cause.

De même, une vésicule biliaire calcifiée ou un énorme calcul solitaire, seront reconnus à leur forme spéciale (forme en poire dans le cas de vésicule calcifiée), et à leur aspect homogène (dans le cas du calcul).

On éliminera enfin assez facilement un abcès calcifié de la gouttière dorso-lombaire.

Nous voyons donc, si nous nous résumons, que les manifestations cliniques attireront l'attention sur le foie, mais *seul l'examen radiographique* nous permettra, d'une part, de porter le diagnostic de kyste hydatique calcifié du foie, d'autre part, de repérer assez exacte-

ment la position de ce kyste, et cela aura un intérêt primordial lorsqu'on voudra intervenir secondairement, surtout lorsque le kyste peu volumineux est situé en plein parenchyme hépatique.

VI. — EVOLUTION, COMPLICATIONS

L'évolution des kystes hydatiques calcifiés sera différente suivant les cas. .

Dans le cas de kyste mort, ratatiné dans sa coque calcaire épaisse, l'évolution sera le plus souvent favorable et sans histoire; le parasite est mort, dès lors on n'a plus à craindre les accidents d'hydatisme et le kyste semble devoir être toléré parfaitement et indéfiniment.

Mais ce n'est pas toujours ce qui se passe, et malheureusement, un kyste hydatique calcifié peut cependant donner lieu à diverses complications que nous allons maintenant passer en revue.

Ces complications peuvent se ranger sous trois chefs :

- 1° Accidents de compression;
- 2° Accidents infectieux;
- 3° Ouverture dans les organes mêmes.

1° *Accidents de compression*: ces accidents sont variables suivant la topographie du kyste. Le plus souvent, c'est un kyste para-hilaire, qui va comprimer les voies biliaires et donner naissance à un ictère par rétention, ce qui assombrit l'avenir du sujet et rend plus périlleuse l'intervention chirurgicale.

2° *Accidents infectieux*: dans certains cas, le kyste, corps étranger intra-hépatique, va devenir un foyer

d'appel pour les microbes, à l'occasion d'une infection intercurrente et on assistera alors à des réactions de périkytite.

Mais le plus souvent, ces accidents infectieux seront caractérisés par une suppuration intrakystique.

Nous avons vu précédemment que la suppuration endokystique est une des causes efficaces de la calcification des parois; cette suppuration, sous des influences diverses, pourra se réveiller des mois ou quelquefois même des années après l'installation du kyste. Cette suppuration entraînera des troubles graves et pourra, comme nous allons le voir, se faire jour dans les organes voisins.

3° *Ouverture du kyste dans les organes voisins*: cette ouverture peut se faire par un double mécanisme. D'abord, comme nous venons de le voir, la suppuration du kyste peut entraîner son ouverture secondaire soit dans les voies biliaires, soit dans les bronches, lorsque le kyste est sous-diaphragmatique, car la paroi calcifiée ne constitue qu'une faible barrière pour la suppuration.

Cette perforation peut être réalisée par un autre mécanisme. En effet, la paroi calcifiée peut contracter des adhérences avec les viscères voisins et jouer ainsi le rôle d'agent traumatisant, déterminant l'ouverture secondaire du kyste dans les voies biliaires, le duodénum ou l'estomac.

Cette éventualité est évidemment assez sombre, surtout lorsqu'on assiste à l'ouverture d'un kyste hydatique suppuré, complication qui conduit assez rapidement à un syndrome de cachexie infectieuse bien souvent mortel.

VII. — PRONOSTIC

D'après ce que nous venons de voir, le pronostic des kystes hydatiques calcifiés du foie n'est pas aussi bénin que le supposaient les auteurs anciens.

Si, dans le cas de kyste mort, solidement enkysté par une épaisse coque calcaire, le pronostic est le plus souvent favorable, il n'en est pas ainsi dans un grand nombre d'autres cas où le malade est à la merci de complications toujours graves et souvent mortelles. Comme il est pratiquement impossible de savoir à quelle catégorie de kyste on a affaire, il ne faudra jamais abandonner ces kystes à leur évolution spontanée, mais toujours intervenir sur eux chirurgicalement.

VIII. — TRAITEMENT

Le traitement des kystes hydatiques calcifiés du foie sera toujours chirurgical. Il pourra être précédé d'un traitement médical visant surtout à combattre l'insuffisance hépatique dont peuvent être atteints ces sujets, mais seule l'ablation du kyste entraîne, dans l'extrême majorité des cas, la guérison des malades.

Avant d'intervenir il importera de pratiquer le repérage radiologique du kyste comme nous l'avons énoncé précédemment. Ce repérage nous indiquera si la voie d'accès doit être antérieure ou postérieure.

L'intervention proprement dite sera différente suivant les cas.

1° Kyste hydatique calcifié superficiel, sans adhérences hépatiques. Dans ce cas, l'opération de choix sera l'extirpation pure et simple.

2° Kyste hydatique calcifié intra-parenchymateux. Deux cas peuvent se produire: ou bien le kyste est complètement calcifié, ou bien il est incomplètement calcifié.

a) *Kyste complètement calcifié:*

Si le kyste n'est pas trop adhérent au parenchyme hépatique, on peut pratiquer l'énucléation-résection. La cavité laissée après l'ablation du kyste sera réduite par suture et s'il est relativement superficiel, on pourra terminer l'intervention par la suspension à la paroi. Cela constituera une manœuvre de sécurité.

Si le kyste a contracté de fortes adhérences avec le tissu hépatique, il sera alors impossible de pratiquer l'énucléation-résection. On devra alors se résoudre à faire une hépatectomie cunéiforme. Cette intervention devra être menée de façon à éviter les hémorragies et la nécrose hépatolytique. Il sera bon de se servir du bistouri électrique et de suturer les deux lèvres de la plaie hépatique avec des points en U.

Il sera bon de drainer pendant environ 48 heures.

b) *Kystes incomplètement calcifiés:*

Ces kystes ne pourront être extirpés en bloc. D'autre part, ils sont le plus souvent en voie de suppuration. Dans ce cas, on doit se résoudre à pratiquer l'incision du kyste au bistouri ou mieux au thermocautère.

Après ouverture, on évacue aussi largement que possible son contenu. Il est bon alors de laver la poche,

soit à l'alcool à 90°, soit avec une solution formolée, et on termine par une marsupialisation du kyste. Il faut s'abstenir d'enlever la membrane adventice calcifiée, car cette opération risque de provoquer de graves hémorragies. D'ailleurs, cette paroi calcifiée va s'éliminer spontanément dans une période de dix à vingt jours.

En terminant, voyons quelles sont les suites opératoires de ces interventions. *Les résultats sont en général favorables*, puisque *sur les dix-huit cas* qui furent opérés parmi les observations que nous avons rapportées, il y eut à peine *trois décès* dont deux par suite de complications pulmonaires.

Nous voyons donc que cette intervention ne présente pas de gros danger pour le malade, et comme elle constitue le seul traitement, elle devra toujours être pratiquée dans les cas de kystes hydatiques calcifiés du foie.

Conclusions

I. — La calcification des kystes hydatiques du foie est un phénomène qui s'observe dans environ 3,5 % des cas.

II. — Ce phénomène est, dans la majorité des cas, antérieur à la mort du parasite; c'est ce qui explique les cas de kystes hydatiques calcifiés ne s'étant jamais accompagnés de manifestations hydatiques.

III. — Les kystes hydatiques calcifiés du foie se traduisent souvent par une symptomatologie variée, mais imprécise. Le diagnostic de certitude sera toujours fait grâce à l'examen radiographique.

IV. — Une fois le diagnostic posé, l'évolution de ces kystes ne doit pas être laissée à elle-même car des complications diverses peuvent survenir et en particulier la suppuration du kyste et son ouverture dans les organes de voisinage.

V. — Le traitement sera toujours institué aussi précocement que possible et ce traitement ne peut être que chirurgical: extirpation simple, énucléation-résection, hépatectomie cunéiforme, marsupialisation, suivant les cas.

Bibliographie

- ASCHOFF (L.). — Ant. Pathol.
- BÉRAUD (H.). — Kyste hydatique du foie calcifié, infection consécutive. *Soc. de Méd. Mil. Française, Bulletin Mens.*, Paris, 1924, xviii, p. 357-361.
- BERTIN (Pierre). — Les kystes hydatiques calcifiés du foie à forme de coliques hépatiques. *Thèse Paris*, 1937.
- BLUM, DELAVILLE et VAN CAULAERT. — Sur les rapports entre l'état physico-chimique des tumeurs et les phénomènes d'ossification et de décalcification. *C. R. Soc. Biol.*, 1925, p. 182.
- BROC et MAMI (A.). — Kyste hydatique calcifié du foie. *Tunisie Médicale*, n° 3, mars 1935.
- CHANTEMESSE (A.) et PODWYSSOTSKY. — Path. générale et spéciale, édit. 1901.
- CHAUFFARD, LEJARS, RONNEAUX et BRODIN. — Diagnostic et ablation opératoire d'un kyste hydatique calcifié du foie. *Bull. et Mem. de la Soc. de Méde. Paris*, 1920, p. 160-166.
- COCHEZ (L.) et LAGROT. — Kyste hydatique calcifié du foie. *Bull. et Mém. de la Soc. d'Anat. de Paris*, mai-juin 1922, p. 194.
- CORLETTE (C.-E.). — Radical extirpation of calcified, hydatid cysts of liner with adventitious capsule complète. *M. J. Australia*, 17 septembre 1931.
- CORNIL (M.). — Infiltration calcaire. *Man. d'Histologie path.* de Cornil et Ranvier, 1901, t. I, p. 95.

- CONTANTINI, CURTILLET et LIARRAS. — Deux kystes hydatiques calcifiés du foie. Impossibilité d'extirper la membrane mère, marsupialisation. Élimination spontanée de cette membrane. *Alger Médical*, juin 1935, n° 90.
- CRÉTIN. — Les réactions histologiques du calcium. *C. R. Ass. des Anat. Gand*, 1922.
- CRUVEILHIER (J.). — *Traité d'Anat. Path. générale*, 1856.
- CUCCO (G.). — Cisti da echinococco calcificate del fegato. *Boll. e. Mem. Soc. Piemontese di Chir.*, 23 janv. 1922.
- DAINVILLE (F.) et GENNES (R. de). — Kyste hydatique du foie en voie de calcification et cancer végétant du bassinet. *Bulletin et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, 1921.
- DAVAINE (C.). — *Traité des entozoaires*, 1877.
- DELFOR DEL VALLE Y RICARDO E. DONOVAN. — Vescula coleserosica quiste hidatico calcificado del Hígado. *Rev. medica latino Americana*, nov. 1927, n° 146.
- DÉTÉ (G.). — Kyste hydatique de la face inférieure du foie. *Journ. de Radio et d'Electr.*, juin 1928.
- DÉVÉ (F.). — L'histogénèse du kyste hydatique. *Arch. de Méd. exper. et d'Anat. Path.*, 1916, p. 113.
— *Nouveau Traité de Méd.* (Roger, Widai, Teissier).
- FALIU (André). — Les kystes hydatiques calcifiés du foie. *Thèse, Paris*, 1936.
- FIESSINGER (N.) et CATTAN (R.). — In Kyste hydatique du foie. Art. 7023 de l'*Encycl. Méd. Chirurg. Paris*, 1935, p. 8.
- FINZI (O.) [Pise]. — L'ictère par compression dans les kystes hydatiques du foie. (Obs. de Dialti). *La Riforma Medica*, t. xxx, n° 21, 23 mai 1914.
- GAVAZZENI. — Cas peu fréquent de kyste à échinocoques calcifié. *La Riforma Medica*, p. 168, n° 45, 9 novembre 1931.
- GUARINI. — Raro reperto di cisti da echinococco del fegato calcificata. *Radiol. Méd. Milano*, 1924, ix, p. 511-13.

- GUTIERREZ. — Quiste hidatico calcificado de fegado coledochitis. *Rev. de Cirurg.*, Buenos-Ayres, 1927.
- HOUGOUNENQ. — La composition minérale de l'organisme de l'enfant nouveau né. *Journ. Phys. et Path. gén.*, 1900.
- JAUREGUI et MONSERRAT. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques calcifiés. *Annales d'Anat. Path.*, avril 1932, p. 335.
- LAENNEC. — Mémoire sur les vers et principalement ceux qui se trouvent dans le corps humain. *Mém. de la Soc. de Méd.*, établie au sein de la Faculté, 1804.
- LABBÉ (M.), BOULIN (R.), DREYFUS (G.). — Kyste hydatique calcifié du foie. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 10 nov. 1933, *Bull.* n° 28.
- LABBÉ (M.), LOMON, SÉLIGMAN. — Diagnostic des kystes hydatiques intrahépatiques. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 25 mai 1928, p. 884.
- LANARI (T.) et ABATTRO. — Quiste hidatico calcificado del higado. *Revista de especialid.*, déc. 1927.
- LAX KACHEWITCH. — Sur la calcification des échinocoques. *Soc. de Chirurgie de Moscou*, 10 oct. 1910.
- LERICHE et POLICARD. — *Phys. Norm. et Path. de l'os*, 1 vol. Masson, éditeur, 1926.
- LLAMBIAS (J.). — Alteraciones de las equinococos. *III^e Congr. Nat. de Méd.*, t. VI, fas. 1, 1927.
- MAZZINI. — *Bolet. de Soc. de Chirurgico de Buenos-Ayres*, 24 mai 1933.
- MIGNON. — Kyste hydatique calcifié du foie, opaque aux rayons X, pris pour un éclat d'obus chez un blessé de guerre. *J. de Radiol. et d'Electr.*, Paris, 1918, III, page 72.
- MOIRoud (P.). — Kyste hydatique calcifié de la face inférieure du foie, marsupialisé et ouvert secondairement dans le duodénum. *Bull. Soc. Nat. de Chir.*, Séance du 4 nov. 1931.
- MARIANTSHIK (L.-F.). — Calcification of liver echinococcus connected with cholelithiasis. *Zentral-blatt. f. chir.*, 53, 2 janvier 1926.

- PAISSEAU-OUUMANSKY. — Images radiologiques des kystes hydatiques calcifiés. *Soc. Méd. des H.*, 8 juin 1928.
- PALMER. — Physiopathologie des opérations sur le foie et les vaisseaux hépatiques. *Thèse de Paris*, 1934.
- PETZETAKIS-YALOUSSIS. — Kyste hydatique calcifié du foie et kyste du poumon. *J. de Radiol.*, avril 1936, page 159.
- PINARD, DEBRAY (C.) et CORCOS (A.). — Kystes hydatiques en voie de calcification dans le foie d'un malade présentant un anévrisme syphilitique de l'aorte. *Bull. et Mém. Soc. Méd. H. de Paris*, 8 avril 1935, page 597.
- RANDEVEL. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques calcifiés du foie. (Lithohydatides hépatiques). *Thèse Alger*, 1923.
- RICHE, TRUC et VERGUES. — Kyste hydatique calcifié du foie. *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 12 juin 1936.
- RISEL. — Atrophie considérable du lobe droit du foie par deux poches d'échinocoques calcifiées; hypertrophie compensatrice énorme du lobe gauche. *Deutsche Mediz. Wochenschrift*, t. XXXVIII, n° 45, 7 nov. 1912.
- RONNEAUX. — Kyste hydatique calcifié du foie. *Bull. de la Soc. Franç. d'Electr. et de Radio.*, décembre 1920, p. 204-207.
- ROBBINSON (R.), KATH et SOANNES. — The possible significance of hexose phosphoric esters in ossification. The phosphoric esterase of ossifying cartilage. *Bioch. Journ.*, 18, 1924, p. 740.
- RYSCHE. — Transformation des tumeurs calcifiées. Cité par Davaine, in *Traité des Entozoaires*, loc. cit.
- SPIJARNY. — *J. de Chir.*, janvier 1914, t. XII.
- TOBIAS. — Quiste hidatico calcificado del higado. *Rev. Med. Int. y Tisiol.*, 1928, p. 353.
- VALLARINO (D.) et CICHERO (C.). — Quiste calcificado de hidago. *Semana Medical*, 1935.

- VAN WIJHE, HAMMER (E.). -- Calcified hydatid cyst in liver.
Nederlandsch. Tijdsch. v. Geneesk., 1, 771-773,
24 fév. 1934.
- VIALLET et RANDAVEL. -- Kyste hydatique calcifié du foie.
Jour. de Radio et d'Electr., nov. 1923, p. 389-492.
- WALDORP (C.) et TRELLES (R.). --- Calcification hidatica.
Bull. del Ins. de Clin. quirug., 1927, p. 336.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :
*Contribution à l'Etude des Kystes
hydatiques calcifiés du foie*
A propos d'une observation
par Vincent FARINACCI

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression
Montpellier, le 7 Juillet 1937
le Professeur, RICHE

Vu :
Montpellier, le 7 Juillet 1937
le Doyen,
EUZIERE,

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 8 Juillet 1937
Le Recteur,
TAILLIART

PLAN DE NOTRE TRAVAIL

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER: <i>Historique</i>	11
CHAPITRE II: <i>Observations cliniques</i>	15
CHAPITRE III: <i>Revue générale sur les kystes hydatiques calcifiés du foie:</i>	
1° Etiologie	55
2° Pathogénie	56
3° Anatomie pathologique	60
4° Symptomatologie	63
5° Diagnostic	67
6° Evolution, complications	71
7° Pronostic	73
8° Traitement	73
CONCLUSIONS	76
BIBLIOGRAPHIE	78

